

**Programa:**

**MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**5ª edición**

**Título propio de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
(ULPGC)**



**Organiza:**

**AULA INTERDISCIPLINAR**



# “MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS”

## 1. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entienden los Cuidados Paliativos como un *“enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales”*. Este enfoque contempla varios aspectos fundamentales, como: la prevención, el alivio del sufrimiento a partir de la identificación temprana, la evaluación y el *“tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”*.

Para la OMS, cada año 40 millones de personas necesitan de los referidos cuidados (debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas y no transmisibles).

En el caso de España, se calcula que actualmente unas 130.000 personas requieren de atención paliativa. De estas, según el Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa, presentado en el año 2019, 80.000 mueren cada año sin recibir los referidos cuidados.

El abordaje de este problema requiere, entre otras cosas, de:

- un aumento del número de servicios especializados (la Organización Mundial de la Salud recomienda 2 servicios especializados por cada 100.000 habitantes),
- la coordinación entre los distintos niveles de atención (primaria y especializada),
- planes y estrategias de Cuidados Paliativos actualizadas y
- un número suficiente de profesionales con una formación interdisciplinar, lo que hace necesaria una oferta de formación especializada en este campo.

En este mismo sentido, en un estudio realizado por el Hospital Universitario Infanta Leonor y el Hospital Virgen de la Torre de Madrid se afirmó hace unos años que los sistemas sanitarios continúan teniendo como reto la asistencia de los pacientes con enfermedad crónica avanzada, que debe ser continua, integral e integrada, sobre todo al final de la vida, siendo necesario: a) potenciar programas de atención específica, que se basen en la responsabilidad clínica compartida entre

Atención Primaria y Atención Especializada, b) ofrecer una asistencia más integral y 3) garantizar la continuidad asistencial. Para hacer realidad lo señalado, la formación de los profesionales es absolutamente crucial.

Este hecho continuará obligando a una transformación profunda de los sistemas de salud si se quiere, por un lado, atender de forma efectiva a estas personas y, por otro lado, hacerlos sostenibles, porque el progreso científico hace posible curar muchas enfermedades antes incurables o letales. Las nuevas tecnologías médicas y el desarrollo de técnicas de reanimación hacen posible prolongar la supervivencia de una persona y diferir el momento de la muerte. Por tanto, cada vez es mayor el número de personas que pueden verse afectadas por el sufrimiento de una situación terminal, en sí mismos o en sus familiares.

Por otro lado, según datos facilitados por la OMS (nota descriptiva de septiembre de 2018), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad y cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos.

A estas cifras relacionadas con el cáncer habría que añadir una amplia gama de enfermedades que requieren Cuidados o Atención Paliativa. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen otras enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo: insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos, según la propia OMS.

Las personas en situación terminal tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su sintomatología, donde el dolor cobra especial repercusión: es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que necesitan Cuidados Paliativos. Los analgésicos opiáceos son esenciales para el tratamiento del dolor vinculado con muchas afecciones progresivas avanzadas. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con sida o cáncer y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas experimentarán dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas. También necesitan el abordaje de los problemas emocionales, la adecuada comunicación con el enfermo y, también, el soporte e

información adecuados a la familia. Aspectos que los Sistemas Nacionales de Salud deben tener muy en cuenta en su organización para poder hacer frente a estos nuevos retos asistenciales.

La mejora de la atención de estos enfermos en fase avanzada y terminal, que se identifica con los Cuidados Paliativos, es un elemento cualitativo esencial del sistema de salud, debiéndose garantizar su adecuado desarrollo en cualquier lugar, circunstancia o situación, basándose en los principios de equidad y cobertura de las distintas redes sanitarias. Para obtener éxito en la aplicación de estos cuidados hará falta combinar dos tipos de estrategias: en primer lugar, la formación básica en Cuidados Paliativos de todos los profesionales sanitarios y, en segundo lugar, el desarrollo de programas específicos de Cuidados Paliativos con profesionales con formación avanzada y posibilidad de intervención en todos los niveles asistenciales y responsables también de la formación básica del resto de los profesionales.

A nivel mundial, además, deben superarse varios obstáculos considerables para atender la necesidad insatisfecha de asistencia paliativa:

- es frecuente que las políticas y sistemas nacionales de salud no contemplen ninguna medida sobre asistencia paliativa,
- la formación en Cuidados Paliativos ofrecida a los profesionales de la salud suele ser escasa o nula y
- el acceso de la población a analgésicos opiáceos es insuficiente y no cumple las convenciones internacionales sobre acceso a medicamentos esenciales.

Aunque existen especialidades médicas susceptibles de abordar este tipo de atención (tales como Oncología, Radioterapia, Medicina Interna, Hematología, Cirugía y Urgencias), hay que concienciar y establecer puentes con todos los servicios hospitalarios y con la Atención Primaria, además de reforzar el papel interdisciplinar de la materia, con otros profesionales, en la línea expresada en la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (España); esto es, un modelo colaborativo, basado en la coordinación entre niveles asistenciales y entre recursos convencionales y específicos de Cuidados Paliativos. Y para ello, **se recomienda**, en la mencionada Estrategia, **una optimización de la formación en todos los niveles asistenciales**; así pues, **la formación se antoja una herramienta fundamental** para mejorar los Cuidados y Atención Paliativa.

Se han realizado esfuerzos importantes en este campo, aunque sin una planificación global, siendo necesario definir mejor los estándares y profundizar en la formación avanzada.

A tal fin, la OMS ha instado a los países miembros a realizar políticas para fortalecer e incrementar los recursos humanos, como formación de los profesionales de la salud e inclusión de los Cuidados Paliativos en los planes de estudios básicos de todos los nuevos profesionales de la salud y educación de voluntarios y del público.

Pero no parece suficiente. El informe publicado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en mayo de 2016, con motivo de su XI Congreso Internacional, ya puso de manifiesto que el aumento de médicos y enfermeros en los últimos años no se había traducido en una mejor atención al final de la vida, porque no contaban con formación avanzada ni los médicos, ni los profesionales de Enfermería, ni los de Psicología, ni los trabajadores sociales...; profesionales estos dos últimos que dedicaban menos de la mitad de su tiempo a prestar atención en Cuidados Paliativos, habiéndose constatado la gran demanda de este tipo de servicios para poder proveer realmente una atención integral.

Igualmente, debe defenderse la integración del farmacéutico comunitario en la atención a los pacientes en Cuidados Paliativos, formando parte del equipo interdisciplinar o como «farmacéutico colaborador», por cuanto se abunda en la optimización de la atención integral, debiendo ser un recurso a tener en cuenta y valorar, al ser hoy día un colectivo profesional un poco apartado de dicha atención, seguramente por falta de formación específica adecuada en esta materia.

O el importante y paulatino papel que cobra la fisioterapia, constatándose como parte fundamental del equipo interdisciplinar que se va a encargar del acompañamiento, prevención y alivio del sufrimiento físico del paciente paliativo, puesto que dispone de un amplio grupo de técnicas, en las que incluimos la fisioterapia respiratoria, la cinesiterapia en cualquiera de sus modalidades, el ejercicio terapéutico, la masoterapia y la electroestimulación, que mejorarán la calidad de vida en su recta final, actuando sobre el dolor, cualquier disfunción músculo-esquelética, síndrome de inmovilismo, fatiga o disnea y edemas. Además, influirá en su bienestar psíquico disminuyendo el estado de ansiedad o malestar que puede producirle cualquiera de los signos o síntomas nombrados anteriormente. A estas profesiones podemos sumar la Terapia Ocupacional, que reivindica un espacio en la atención paliativa desde hace años, que puede favorecer distintos estímulos: sensoriales, perceptuales, motrices y cognitivos acordes a la realidad que aborden.

El mencionado informe también abundó en el hecho, a tener en cuenta, de la falta de formación especializada, lo que ponía (y continúa poniendo) en peligro el modelo de atención de calidad definido desde la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, incidiendo, además, en la necesidad

de incrementar los recursos de formación de más de 140 horas para los médicos y enfermeros y al menos más de 40 horas para psicólogos y trabajadores sociales.

A paliar, permítase la expresión, este déficit intenta responder el curso que se presenta a la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en su quinta edición, cuanto más en la medida en que nuestra Comunidad Autónoma aprobó la estrategia en Cuidados Paliativos de Canarias 2018-2021.

El proyecto continuará planteándose con proyección internacional, al seguir observándose que el déficit formativo (en sus distintos niveles: básico, intermedio y avanzado) es más acentuado en África y en Latinoamérica. En el caso de América Latina, en concreto, existe una gran demanda de formación en Cuidados Paliativos (dato obtenido por los miles de correos recibidos en AULA INTERDISCIPLINAR desde el año 2016 hasta principios del 2023 solicitando información sobre formación en Cuidados Paliativos y por las entrevistas con profesionales de la salud y dirigentes de instituciones públicas y privadas que mantienen relación con la entidad).

Este enfoque interdisciplinar y de alcance internacional exigió contar desde un principio con un acreditado plantel de profesionales de distintos países.

## **2. Objetivos**

La Maestría Universitaria Internacional en Cuidados Paliativos tiene como objetivo general: “Favorecer el conocimiento de las características que definen a los Cuidados Paliativos desde una perspectiva interdisciplinar, lo que facilitará una mejor atención de las personas que viven una enfermedad avanzada y terminal y de sus familiares”.

Los objetivos específicos se indican al inicio de cada capítulo.

## **3. Acceso y admisión de estudiantes**

Los aspirantes deben poseer el título universitario de grado o equivalente al mismo que le permita su acceso a los estudios de Maestría de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Las áreas de conocimiento iniciales son: Medicina, Farmacia, Fisioterapia, Tanatología, Kinesiología, Química Farmacéutica, Química Farmabiológica, Logoterapia, Psicología, Nutrición y Dietética humana, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Enfermería, Trabajo Social, Educación y Promoción de la Salud y otras áreas.

Una vez aprobado el proyecto por la ULPGC, el proceso a seguir por las personas interesadas será el siguiente:

- Ingresar a la página Web de AULA INTERDISCIPLINAR SL (<https://www.aulainterdisciplinar.com/preinscripcion-maestria>), cumplimentar la solicitud de preinscripción aportando en formato pdf copia del correspondiente título universitario, del Documento Nacional de Identidad y un breve currículum.
- Una vez aceptada la solicitud por la Comisión Académica, formada por miembros de la ULPGC y de AULA INTERDISCIPLINAR SL, se debe formalizar la matrícula en la Web de la ULPGC (que se le facilitará en su momento), entregando aquellos documentos que se le soliciten, como pueden ser, entre otros: copia del Documento Nacional de Identidad o del Pasaporte y copia apostillada del título universitario.

#### **4. Plan de estudios**

El plan de estudios de la Maestría se estructura para cada área de conocimiento de la siguiente manera:

A/Profesionales de Medicina, Farmacia, Fisioterapia (y afines): 19 asignaturas, entre las que se incluye el Trabajo Final de Maestría (TFM). Este TFM puede ser sustituido por prácticas en la institución que elija el/la estudiante.

B/Profesionales de Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Musicoterapia, Educación para la Salud y afines: 17 asignaturas, entre las que se incluye el Trabajo Final de Maestría (TFM). Este TFM puede ser sustituido por prácticas en la institución que elija el/la estudiante.

#### **5. Contenidos/Créditos**

Cada profesional recibirá los contenidos a través del campus virtual. Algunos capítulos pueden sufrir variación en su denominación. Además de los contenidos de las asignaturas (organizados en capítulos y que son materia de examen), el alumnado tendrá acceso también a otro grupo de temas como material complementario, que les permitirá tener una visión global y amplia de los Cuidados Paliativos (de estos contenidos no tendrán que examinarse). En conjunto, recibirán cerca de 7.500 páginas (que se pueden descargar a los diferentes dispositivos).

En el desarrollo de los capítulos se ha respetado el orden de numeración y paginación de cada manual, por si se desean imprimir y encuadernar. Otros contenidos que también se ofrecerán en el campus virtual son:

- Anuncios: sobre cuestiones de interés en Cuidados Paliativos (incluyendo vídeos);
- enlaces y
- Contenidos de los foros de ediciones anteriores..., fundamentalmente), que no son tampoco motivo de examen, pero que pueden ser muy útiles para los profesionales que desarrollen el curso.

Para el primer grupo de profesionales, las asignaturas se resumen en la siguiente tabla, con sus correspondientes créditos ECTS (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos) y horas:

Contenidos de examen desarrollados para profesionales de la Medicina, Farmacia, Fisioterapia, Kinesiología, Tanatología, Química Farmacológica y Química Farmabiológica	Tipo	ECTS	Horas
1. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA, FUNDAMENTOS Y CONCEPTOS	Online	2,5	62,5
2. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA. ASPECTOS GENERALES	Online	3	75
3. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA SEGÚN SU LOCALIZACIÓN	Online	4	100
4. CUIDADOS PALIATIVOS EN OTRAS ENFERMEDADES Y SITUACIONES	Online	4,2	105
5. CUIDADOS PALIATIVOS: COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	Online	2,8	70
6. CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS: PRINCIPIOS GENERALES, TÉCNICAS Y MODALIDADES	Online	4,7	117,5
7. CUIDADOS PALIATIVOS: DOLOR ONCOLÓGICO I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES	Online	4,6	115
8. DOLOR ONCOLÓGICO II: TIPOS Y TRATAMIENTOS (FÁRMACOS Y TÉCNICAS)	Online	7	175
9. CUIDADOS PALIATIVOS: TRATAMIENTO DE OTROS SÍNTOMAS	Online	4,7	117,5
10. EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS I	Online	3,5	87,5
11. EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS II	Online	3,3	82,5
12. LOS ÚLTIMOS DÍAS. MORIR EN PAZ	Online	3	75



13. LA ATENCIÓN A LA FAMILIA. EL PROCESO DE DUELO	Online	4	100
14. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN MEDICINA PALIATIVA	Online	2	50
15. ASPECTOS ORGANIZATIVOS EN MEDICINA PALIATIVA	Online	0,7	17,5
16. CUIDADOS PALIATIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL	Online	3,2	80
17. CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL NIÑO CON ENFERMEDAD TERMINAL	Online	1,8	45
18. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD: METODOLOGÍA	Online	1	25
19. TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA		9	225
<b>TOTAL CRÉDITOS Y HORAS</b>		<b>69</b>	<b>1725</b>

Para el grupo de Enfermería, las asignaturas serían:

Contenidos de examen desarrollados para profesionales de la Enfermería	Tipo	ECTS	Horas
1. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA, FUNDAMENTOS Y CONCEPTOS	Online	3	75
2. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA. ASPECTOS GENERALES	Online	1	25
3. CUIDADOS PALIATIVOS EN OTRAS ENFERMEDADES Y SITUACIONES	Online	4,2	105
4. CUIDADOS PALIATIVOS: COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	Online	3,5	87,5
5. CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS: PRINCIPIOS GENERALES, TÉCNICAS Y MODALIDADES	Online	4,3	107,5
6. CUIDADOS PALIATIVOS: DOLOR ONCOLÓGICO I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES	Online	4,7	117,5
7. CUIDADOS PALIATIVOS: TRATAMIENTO DE OTROS SÍNTOMAS	Online	4,8	120
8. EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS I	Online	3,5	87,5
9. EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS II	Online	3,3	82,5
10. LOS ÚLTIMOS DÍAS. MORIR EN PAZ	Online	4	100
11. LA ATENCIÓN A LA FAMILIA. EL PROCESO DE DUELO	Online	4,1	102,5
12. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN MEDICINA PALIATIVA	Online	2	50

13. ASPECTOS ORGANIZATIVOS EN MEDICINA PALIATIVA	Online	2,1	52,5
14. CUIDADOS PALIATIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL	Online	3,6	90
15. CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL NIÑO CON ENFERMEDAD TERMINAL	Online	2	50
16. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD: METODOLOGÍA		0,90	22,5
17. TRABAJO FIN DE MAESTRÍA		9	225
<b>TOTAL CRÉDITOS Y HORAS</b>		<b>60</b>	<b>1500</b>

Por último, para profesionales de Psicología, Logoterapia, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Educación para la Salud y áreas afines:

Contenidos de examen desarrollados para profesionales de la Psicología, Logoterapia, Trabajo Social, Nutrición, Terapia Física, Terapia Ocupacional y Promoción y Educación para la Salud	Tipo	ECTS	Horas
1. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA, FUNDAMENTOS Y CONCEPTOS	Online	5	125
2. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA. ASPECTOS GENERALES	Online	1	25
3. CUIDADOS PALIATIVOS EN OTRAS ENFERMEDADES Y SITUACIONES	Online	3,2	80
4. CUIDADOS PALIATIVOS: COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	Online	4	100
5. CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS: PRINCIPIOS GENERALES, TÉCNICAS Y MODALIDADES	Online	3,8	95
6. CUIDADOS PALIATIVOS: DOLOR ONCOLÓGICO I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES	Online	3,7	92,5
7. CUIDADOS PALIATIVOS: TRATAMIENTO DE OTROS SÍNTOMAS	Online	1,7	42,5
8. EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS I	Online	2,4	60
9. EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS II	Online	4	100
10. LOS ÚLTIMOS DÍAS. MORIR EN PAZ	Online	4,8	120

11. LA ATENCIÓN A LA FAMILIA. EL PROCESO DE DUELO	Online	5,4	135
12. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN MEDICINA PALIATIVA	Online	3	75
13. ASPECTOS ORGANIZATIVOS EN MEDICINA PALIATIVA	Online	3,3	82,5
14. CUIDADOS PALIATIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL	Online	3,2	80
15. CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL NIÑO CON ENFERMEDAD TERMINAL	Online	1,6	40
16. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD: METODOLOGÍA	Online	0,90	22,5
17. TRABAJO FIN DE MAESTRÍA		9	225
TOTAL CRÉDITOS Y HORAS		60	1500

Las dos últimas tablas coinciden en el número de horas y créditos, pero las asignaturas cuentan con capítulos distintos.

## 6. Dirección académica

La Maestría será dirigida por:

- **DON MANUEL OJEDA MARTÍN.** Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Jefe de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Doctor Negrín de las Palmas de Gran Canaria. Autor y coautor de variadas publicaciones relacionadas con los Cuidados Paliativos y
- **DOÑA CARMEN DELIA DÍAZ BOLAÑOS.** Dra. en Antropología Social y Cultural, Grado en Trabajo Social. Vicedecana de Grado en Trabajo Social de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Directora de tesis doctorales. Formadora en Trabajo Social Familiar, Individual y Comunitario, en Técnicas de comunicación social, organización de Servicios Sociales y supervisora de prácticas de Trabajo Social en los distintos campos de intervención, y exdirectora de Atención Psicosocial.

## 7. Profesorado

El material de la Maestría ha sido elaborado por cerca de 200 profesionales de distintas áreas de conocimiento. Parte de estos profesionales intervienen también como profesorado para la atención de aquellas dudas que tengan que ver con los capítulos que han desarrollado y que no puedan ser atendidas por la Comisión Académica.

En principio, el profesorado previsto es el siguiente:

- Don Manuel Ojeda Martín, Doctor en Medicina.
- Don José Carlos Bermejo Higuera, Doctor en Teología.
- Doña Marta Lloret Sáez-Bravo, Doctora en Medicina, Cirugía y Ciencias Radiológicas.
- Doña María Asunción Acosta Mérida, Licenciada en Medicina y Cirugía.
- Doña Gabriela Píriz Álvarez, Doctora en Medicina.
- Don Jorge A. Grau Abalo, Doctor en Ciencias Psicológicas.
- Doña María Elena Medina Rodríguez, Grado en Fisioterapia.
- Doña Chery Palma Torres, Licenciada en Enfermería.
- Doña María Carmen Batista Rodríguez, Licenciada en Psicología.
- Doña Monserrat González García, Doctora en Medicina.
- Doña María Inmaculada Hernández Sanjuán, Licenciada en Medicina.
- Doña Yadira Grau Valdés, Licenciada en Psicología.
- Doña Guacimara Molina Sosa, Musicoterapeuta.
- Don José Luis Castellano Cabrera, Licenciado en Medicina.
- Don Leonardo Ruiz Pérez, Diplomado en Trabajo Social y Especialista en Educación Social.

Durante el proceso formativo podrán incorporarse otros docentes para la atención del alumnado.

## 8. Metodología

La Maestría se realizará en modalidad online, a través de la plataforma virtual Chamilo, con un equipo tutorial para la atención de las dudas del alumnado, entre los que se encuentran los miembros de la Comisión Académica, creada también para el control de la actividad formativa y el Trabajo Final de Maestría.

Al campus virtual se accede a través del siguiente enlace: <http://campus.aulainterdisciplinar.com>. La pantalla de inicio es la siguiente:

\* Contenido obligatorio



Bienvenidos al campus virtual



Navegación principal

[Página principal](#)

[Web de Aulainterdisciplinar](#)


[Tienda virtual](#)

[Contacto](#)





Para entrar al campus se debe indicar el correo electrónico y la contraseña que se facilita de forma automática y/o manual desde AULA INTERDISCIPLINAR. Luego, se debe pulsar en “Entrar”.

En la siguiente ventana aparecerá en la columna de la izquierda los datos del perfil personal, que se puede completar en el apartado “Editar perfil”. A la derecha aparecen dos opciones: 1) el nombre del curso en el que se ha matriculado: MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS, 5ª edición y 2) FOROS MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS (en las imágenes aparece la edición anterior, ya que todavía se está creando la página de la 5ª edición).



Mis cursos




**Perfil**


-  **Bandeja de entrada** 235
-  Redactar
-  Invitaciones pendientes
-  Editar perfil

**Cursos**


-  Ordenar mis cursos
-  Historial de cursos


**Competencias**

-  Mis certificados




**FOROS MAESTRÍA UNIVERSITARIA INTERNACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS y EXPERTO EN CUIDADOS PALIATIVOS, 4ª y 1ª ediciones**

 Leonardo Ruiz Pérez



**MAESTRÍA UNIVERSITARIA INTERNACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS-Medicina, Farmacia y Fisioterapia, 4ª edición**

 Leonardo Ruiz Pérez

En la parte superior central o derecha se indica el número de profesionales que están conectados en cada momento en el campus virtual (en este caso, se puede observar que en el momento de la captura de pantalla habían dos profesionales).

Si se desea acceder al contenido del curso (Descripción del curso, Documentos, Ejercicios, Enlaces, ...), se debe elegir la opción **MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS**, pulsando sobre el título con el botón izquierdo del ratón.



Descripción del curso



Agenda



Documentos



Ejercicios



Compartir documentos



Usuarios



Grupos



Encuestas

En la “Descripción del curso” se exponen los siguientes apartados: Presentación, Objetivos, Contenidos, Metodología, Calendarización, Materiales, Recursos Humanos y Ejercicios, entre otros.

En el icono “Documentos” están todas las asignaturas de la Maestría en distintas carpetas, como se puede observar en la siguiente imagen:

Carpeta actual Documentos

20 1 - 20 / 36 1 / 2

Tipo	Nombre ↓	Tamaño	Fecha
	ASIGNATURA 1 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	6.15M	hace 24 días 2020-10-22 20:30:58
	ASIGNATURA 2 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	26.22M	hace 24 días 2020-10-22 20:32:39
	ASIGNATURA 3 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	4.78M	hace 24 días 2020-10-22 20:34:20
	ASIGNATURA 4 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	7.06M	hace 24 días 2020-10-22 20:35:58
	ASIGNATURA 5 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	8.9M	hace 24 días 2020-10-22 20:37:31
	ASIGNATURA 6 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	25M	hace 24 días 2020-10-22 20:39:47
	ASIGNATURA 7 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	39.42M	hace 24 días 2020-10-22 20:42:02
	ASIGNATURA 8 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	27.1M	hace 24 días 2020-10-22 20:44:17
	ASIGNATURA 9 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	9.18M	hace 24 días 2020-10-22 20:46:07
	ASIGNATURA 10 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	25.27M	hace 24 días 2020-10-22 20:48:46
	ASIGNATURA 11 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	10.44M	hace 24 días 2020-10-22 20:50:37
	ASIGNATURA 12 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	15.3M	hace 24 días 2020-10-22 20:52:25
	ASIGNATURA 13 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	11.91M	hace 24 días 2020-10-22 20:58:09
	ASIGNATURA 14 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	5.16M	hace 24 días 2020-10-22 20:59:14
	ASIGNATURA 15 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	2.65M	hace 24 días 2020-10-22 21:00:42
	ASIGNATURA 16 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	19.17M	hace 24 días 2020-10-22 21:02:39
	ASIGNATURA 17 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	21.01M	hace 24 días 2020-10-22 21:04:24
	ASIGNATURA 18 MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	1.35M	hace 24 días 2020-10-22 21:06:08
	B-ASIGNATURA 1 NO EXAMEN MEDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	2.32M	hace 24 días 2020-10-22 20:31:39
	B-ASIGNATURA 2 NO EXAMEN EDICINA-FARMACIA-FISIOTERAPIA-4ª edición	1.36M	hace 24 días 2020-10-22 20:33:14

20 1 / 2

Si se desea descargar estas carpetas a un dispositivo, se debe pulsar en el sobre con una flechita azul que se encuentra a la derecha de la asignatura (al pasar el cursor sobre ella aparece el término “descargar”). Dentro de cada una de estas carpetas se encuentran los capítulos a estudiar en formato PDF y también los cuestionarios de examen en dos formatos: Word y PDF, para el supuesto de que se



desea cumplimentar previamente los cuestionarios en cualquiera de esos formatos y luego pasar los resultados al campus virtual.

Al pulsar sobre estas carpetas, aparecerá la imagen que se muestra (se toma como ejemplo la asignatura 1):

Tipo	Nombre ↓	Tamaño	Fecha
	A-ÍNDICE CUIDADOS PALIATIVOS, HISTORIA, FUNDAMENTOS Y CONCEPTOS	236.65k	hace 24 días 2020-10-22 20:30:48
	capítulo 1 ASIGNATURA 1.pdf	548.84k	hace 24 días 2020-10-22 20:30:51
	capítulo 2 ASIGNATURA 1.pdf	507.69k	hace 24 días 2020-10-22 20:30:53
	capítulo 3 ASIGNATURA 1.pdf	504.43k	hace 24 días 2020-10-22 20:30:55
	capítulo 5 ASIGNATURA 1.pdf	4.4M	hace 24 días 2020-10-22 20:30:58

Estos archivos también pueden descargarse por separado en un dispositivo pulsando sobre el diskette color azul que aparece en la columna de la derecha (entre los dibujos de la carpeta y el folio). Esto permitirá estudiar y contestar a las preguntas de examen sin necesidad de estar conectados a internet y al campus virtual (por lo que se podrá estudiar desde cualquier lugar). En este punto, es importante señalar que no es obligatorio un número determinado de horas de conexión al campus. El tiempo de conexión dependerá de la realidad, necesidades y organización de cada profesional. Por nuestra experiencia previa, el alumnado descarga el contenido a su dispositivo, estudia y contesta los cuestionarios en el archivo de Word y, posteriormente, entra al campus para pasar las respuestas a los cuestionarios de examen.

Cuando se quiere contestar a las preguntas de examen en el campus virtual, se pulsa sobre la opción "Ejercicios". En la nueva ventana aparece la relación de cuestionarios de examen.

Nombre del ejercicio	Estado
A-01-Cuestionario de examen capítulo 1, asignatura 1: La muerte familiar. Ars mo ...	Sin intentar
A-02-Cuestionario de examen capítulo 2, asignatura 1: La negación de la muerte. ...	Sin intentar
A-03-Cuestionario de examen capítulo 3, asignatura 1: ¿Morir en casa o en el hos ...	Sin intentar
A-04-Cuestionario de examen capítulo 4, asignatura 1: Enfermedad terminal y Medi ...	Sin intentar
B-01-Cuestionario de examen capítulo 1, asignatura 2: Epidemiología del cáncr. ...	Sin intentar
B-02- Cuestionario de examen capítulo 2, asignatura 2: Historia natural del cánc ...	Sin intentar
B-03- Cuestionario de examen capítulo 3, asignatura 2: Diagnóstico de la enferme ...	Sin intentar
B-04- Cuestionario de examen capítulo 4, asignatura 2: Radioterapia paliativa	Sin intentar
B-05- Cuestionario de examen capítulo 5, asignatura 2: Tratamiento quirúrgico de ...	Sin intentar
C-01- Cuestionario de examen capítulo 1, asignatura 3: Medidas paliativas en pac ...	Sin intentar
C-02- Cuestionario de examen capítulo 2, asignatura 3: Medidas paliativas en pac ...	Sin intentar
C-03- Cuestionario de examen capítulo 3, asignatura 3: Medidas paliativas en tum ...	Sin intentar
C-04- Cuestionario de examen capítulo 4, asignatura 3: Medidas paliativas en pac ...	Sin intentar

Para acceder o ver todos los cuestionarios de examen (o pasar a otra página de exámenes) se debe ir pulsando en la flecha de color azul que aparece en la parte superior derecha (al lado del término “Estado”).

Cuando se pulsa sobre un cuestionario, aparece la siguiente imagen:



AULA INTERDISCIPLINAR

Mis cursos Mi agenda Mi progreso Red social 235 

MAESTRÍA UNIVERSITARIA INTERNACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS-Medicina, Farmacia y Fisioterapia ... / Ejercicios

/ A-01-Cuestionario de examen capítulo 1, asignatura 1: La muerte familiar. El problema ...

 A-01-Cuestionario de examen capítulo 1, asignatura 1: La muerte familiar. Ars moriendi. El problema de la muerte en la sociedad actual

Iniciar la prueba

Para comenzar a contestar las preguntas, se elige la opción “Iniciar la prueba”. A partir de esa elección aparecen las preguntas.

**1. 1. El hombre:**

- a) Nunca ha pretendido buscar un significado a la muerte.
- b) Siempre le ha querido buscar un significado a la muerte.
- c) Ve la muerte siempre como un mero hecho biológico.

[Guardar y continuar más tarde](#)**2. 2. El autor indica:**

- a) La enfermedad y la muerte siempre han sido muy visibles.
- b) En épocas anteriores de la historia, la muerte y la enfermedad eran presencias constantes.
- c) En ninguna época se ha intentado enmascararle la muerte al propio difunto.

[Guardar y continuar más tarde](#)

Una vez contestada cada pregunta, se pulsa en “Guardar y continuar más tarde”. Cuando se contestan todas las preguntas, se pulsa en la opción “Terminar ejercicio”.

**14. 14. El autor afirma, con relación a la sociedad actual, que:**

- a) Nada que tenga que ver con la muerte es aceptado en el mundo de los vivos.
- b) Hoy no se oculta la muerte, pero no aquello que nos recuerde a ella.
- c) La muerte no es para el Poder una realidad obscena.

Guardar y continuar más tarde

**15. 15. El Poder:**

- a) Solo reacciona ante la muerte incorporándola a los circuitos socioeconómicos.
- b) Solo reacciona negando la muerte o eliminándola.
- c) Puede reaccionar de dos maneras: incorporándola a los circuitos socioeconómicos, o bien negándola, eliminándola o haciéndola banal.

Guardar y continuar más tarde

Terminar ejercicio

Profesor : Ruíz Pérez, Leonardo

Creado con Chamilo © 2020

Luego, se puede pasar a un nuevo cuestionario. Y así, sucesivamente, hasta la última asignatura. Estos serán los únicos exámenes del curso.

En los documentos también se facilitan los capítulos que no entran en examen en otras carpetas, cuyos títulos comienzan por la letra "B": B-ASIGNATURA 1 NO EXAMEN... Estos capítulos se presentan con la numeración correspondiente de cada manual, por si en algún momento se desea imprimirlos y unirlos a los capítulos de examen, o combinarlos como un único archivo PDF).

Si al entrar al campus virtual se elige la otra opción FOROS MAESTRÍA INTERNACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS 5ª edición, se podrá acceder a:

- **Foros** que abordan las siguientes temáticas (y son de libre participación):

- ¿Cómo valoramos los Cuidados Paliativos en nuestro país, estado, región?
- ¿Cómo se percibe la muerte en nuestro medio más cercano?
- Cómo dar bien las malas noticias.
- Leyes, normas, programas... sobre Cuidados Paliativos en cada país, región, comunidad.
- Importancia de los Cuidados Paliativos Domiciliarios.

- Reflexiones en torno a la eutanasia.
- Los pacientes, nuestra mejor Maestría.
- Mi vivencia personal y profesional en Cuidados Paliativos.
- Crear grupos de estudio y conocernos mejor.

- **Anuncios**, en los que se facilita información complementaria a los contenidos de las asignaturas. Cada vez que se publica un anuncio llega un correo al alumnado. En este apartado se publican videos-documentales, entrevistas, artículos de prensa, actividades formativas (congresos, jornadas, etc.)...

- **Enlaces** de interés a páginas web, a trabajos de investigación, revisiones bibliográficas, leyes, normas, etc.

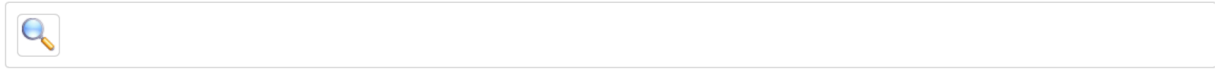


Estos contenidos complementarios no son materia de examen, pero enriquecen el estudio de las distintas asignaturas y aportan nuevos conocimientos y habilidades.

Si se desea participar en los Foros, los pasos a dar son los siguientes:

1º Pulsar sobre la opción Foros.

2º En la nueva ventana, se elige el tema sobre el que se quiere expresar algo o leer lo que otros profesionales han publicado, y luego se pulsa sobre el texto (relacionado con la temática elegida) que aparece al lado de la carpeta anaranjada (se aporta, igualmente, un ejemplo de la edición anterior).



## La realidad actual de los Cuidados Paliativos

La realidad actual de los Cuidados Paliativos

Temas del foro: 1

**La realidad actual de los Cuidados Paliativos en el mundo**

11 de Octubre 2018 a las 08:39 PM Publicado por [Durán Albanez, José Esteban](#)

Aunque en España se ha avanzado mucho en Cuidados Paliativos, siendo uno de los países de referencia en el mundo en esta materia, todavía quedan cosas por hacer. Como bien señala la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), "...la necesidad de avanzar hacia la provisión de servicios homogéneos cada vez más eficientes y de calidad, exigen el desarrollo de evaluaciones periódicas y continuas a partir de una serie de criterios y estándares de calidad" ([http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9\\_analisis\\_directorio.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf))

Queremos aprovechar este foro para conocer y describir, en la medida de lo posible, la realidad de los Cuidados Paliativos en los distintos países del mundo. En atención a ello, comenzamos con la primera pregunta:

- ¿Cómo valoramos los Cuidados Paliativos en nuestro país, estado, región?

## Mi vivencia profesional y personal

A través de este foro titulado "MI VIVENCIA PROFESIONAL" pretendemos crear un espacio en el que los profesionales de la Maestría puedan manifestar sus vivencias personales y profesionales en el servicio que desempeñan.

Temas del foro: 2

**Mi vivencia profesional y personal**

19 de Noviembre 2018 a las 06:47 PM Publicado por [Bellido Magaña, Rosalba](#)

A través de este foro titulado "MI VIVENCIA PROFESIONAL" pretendemos crear un espacio en el que los profesionales de la Maestría puedan manifestar sus vivencias personales y profesionales en el servicio que desempeñan.

3º Seguidamente, se verá solo esa carpeta en la parte superior y una imagen en la parte inferior en la que vuelve a aparecer el título elegido. Aquí se pulsa nuevamente en el texto (letras en color azul).



## La realidad actual de los Cuidados Paliativos en el mundo

Aunque en España se ha avanzado mucho en Cuidados Paliativos, siendo uno de los países de referencia en el mundo en esta materia, todavía quedan cosas por hacer. Como bien señala la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), "...la necesidad de avanzar hacia la provisión de servicios homogéneos cada vez más eficientes y de calidad, exigen el desarrollo de evaluaciones periódicas y continuas a partir de una serie de criterios y estándares de calidad" ([http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9\\_analisis\\_directorio.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf))

Queremos aprovechar este foro para conocer y describir, en la medida de lo posible, la realidad de los Cuidados Paliativos en los distintos países del mundo. En atención a ello, comenzamos con la primera pregunta:

1. ¿Cómo valoramos los Cuidados Paliativos en nuestro país, estado, región?

	<p><b>La realidad actual de los Cuidados Paliativos</b> Publicado por Ruíz Pérez, Leonardo 10 de Julio 2017 a las 12:40 AM</p>	<p>18 Respuestas 72 Vistas</p>	<p>11 de Octubre 2018 a las 08:39 PM Publicado por Durán Albanez, José Esteban</p>
--	--	------------------------------------	--

4º Ahora, se pueden ver todas las intervenciones en los Foros. Si se desea participar, existen varias opciones:

- pulsando sobre los globitos lilas y azul se responde al tema general elegido (ver flecha color negro en la siguiente imagen).
- Pulsando sobre "Responder a este mensaje", se contesta al texto que algún profesional ha publicado.
- Eligiendo la opción "Citar este mensaje", se hace referencia al texto de otro profesional.



### La realidad actual de los Cuidados Paliativos

Aunque en España se ha avanzado mucho en Cuidados Paliativos, siendo uno de los países de referencia en el mundo en esta materia, todavía quedan cosas por hacer. Como bien señala la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), "...la necesidad de avanzar hacia la provisión de servicios homogéneos cada vez más eficientes y de calidad, exigen el desarrollo de evaluaciones periódicas y continuas a partir de una serie de criterios y estándares de calidad" ([http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9\\_analisis\\_directorio.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf))

Ruiz Pérez, Leonardo

hace 1 año



Queremos aprovechar este foro para conocer y describir, en la medida de lo posible, la realidad de los Cuidados Paliativos en los distintos países del mundo. En atención a ello, comenzamos con la primera pregunta:

1. ¿Cómo valoramos los Cuidados Paliativos en nuestro país, estado, región?

- ✎ Editar
- ↩ Responder a este mensaje
- “ Citar este mensaje

Otras cuestiones metodológicas son:

- Las dudas sobre los contenidos, cuestionarios de evaluación, Trabajo Final de Maestría, etc., se remitirán vía correo electrónico a las siguientes direcciones a un mismo tiempo:

1) Comisión Académica: [leonardo@aulainterdisciplinar.com](mailto:leonardo@aulainterdisciplinar.com)

2) Coordinación Académica: [consultas.academicas5@aulainterdisciplinar.com](mailto:consultas.academicas5@aulainterdisciplinar.com)

(Las preguntas de tipo administrativo o económico se envían a [info@aulainterdisciplinar.com](mailto:info@aulainterdisciplinar.com))

- En lo que respecta al Trabajo Final de Maestría (TFM), este puede basarse en una de las siguientes opciones:

a) la realización de un proyecto de investigación (solo el diseño de la misma, no se requiere su ejecución) sobre una de las siguientes materias (aunque el profesional también puede acordar con el Comité Científico o con su tutor o tutora otra temática de interés en Cuidados Paliativos):

- El papel de la familia en Cuidados Paliativos.
- El trabajo interdisciplinar en Cuidados Paliativos.
- La atención domiciliaria en Cuidados Paliativos.
- La organización de los Cuidados Paliativos a nivel hospitalario.
- La formación específica en Cuidados Paliativos.
- Los Cuidados Paliativos en los Planes de Salud.



- El control del dolor en Cuidados Paliativos.
- La relación profesional-paciente.
- La relación profesional-familia.
- El consentimiento informado.
- El duelo complicado o patológico.
- Burn Out de los profesionales.
- Manejo de Síntomas.

b) Revisión bibliográfica/o un documental audiovisual (en casos excepcionales) sobre alguno de los temas incluidos en el apartado “a”. Este trabajo audiovisual debe contar con un mínimo de 25 minutos.

El trabajo elegido puede realizarse de forma individual o grupal (grupos de un máximo de 5 personas). Se considera que implementarlo de forma grupal puede ser una experiencia más enriquecedora y gratificante, sobre todo si en el proceso intervienen profesionales de distintas áreas de conocimiento. En las ediciones anteriores, la mayor parte del alumnado optó por esta vía y los resultados fueron excelentes.

Este Trabajo Final de Maestría se ha de realizar al finalizar la parte teórica del proceso (aproximadamente en los dos últimos meses). También puede comenzarse antes si el tutor o tutora que el profesional elija lo estima pertinente. Antes de iniciar el mismo deberán indicar a AULA INTERDISCIPLINAR:

- los datos del tutor o la tutora que hayan elegido entre los profesionales cercanos, que deberá ser un profesional próximo al alumnado, con título de Doctor o Doctora o del mismo nivel de estudios que el del alumno o alumna, con experiencias en diseños de investigación y/o en realización de trabajos de revisión bibliográfica. La cercanía al tutor o tutora facilita esta parte del proceso formativo;
- si se realiza el trabajo de forma individual o grupal. Si se opta por hacer el trabajo en grupo, se debe designar a un representante/portavoz y facilitar a AULA INTERDISCIPLINAR la relación de participantes del grupo;
- la modalidad de trabajo elegida (diseño de investigación o revisión bibliográfica) y
- la temática a abordar.

La defensa de este trabajo se hará mediante videoconferencia (Skype, o cualquier otra herramienta de videoconferencia) al finalizar el proceso. El profesional o el grupo deberán entregar previamente el trabajo, conforme a los parámetros indicados por el tutor o tutora

elegido (o asignado por AULA INTERDISCIPLINAR). Pueden aportar, si lo desean, el esquema de presentación (normalmente, diapositivas en PowerPoint).

Las características concretas del TFM son las siguientes:

- El trabajo debe tener un mínimo de 20 páginas y un máximo de 30.
- La portada debe contener: el nombre de la UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (y su logo, si fuera posible), el texto: MAESTRÍA UNIVERSITARIA INTERNACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS. Debajo de este texto: TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA. Luego: CURSO 2023-2024. El título del trabajo, por ejemplo: “NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA”; luego, los datos del autor o autora o autores/as, y del tutor o tutora, y, por último, la fecha y el lugar de residencia.
- En lo que se refiere a los aspectos formales, señalar:
  - El trabajo debe enviarse en formato pdf por correo electrónico, en hojas tamaño DIN A-4 (en su momento se indicará a qué correo).
  - Se recomiendan los siguientes márgenes: Superior: 3 cm, Inferior: 2,5 cm, Izquierdo: 3 cm, Derecho: 2,5 cm.
  - Paginación: cada página debe ir numerada (salvo la portada), preferentemente en la parte inferior, centrada o en el lado derecho.
  - Texto justificado.
  - Tipo de letra: Times New Roman, Arial o Calibri, de 12 puntos.
  - Interlineado: el texto principal: 1,5.

Una vez realizado, se debe enviar simultáneamente a los dos correos señalados (el de la Comisión Académica y el de la Coordinación Académica).

- Sustitución del Trabajo Final de Maestría por prácticas institucionales. Quienes lo desean pueden realizar prácticas en vez del TFM. En este caso, deben elegir la institución en la que desean realizar las prácticas, solicitar a la institución la posibilidad de realizar las mismas y facilitarles la información que requieran. El total de horas de prácticas en la institución son: 100 horas. A estas horas se suman las horas de preparación de las prácticas, elaboración de informes para la institución, redacción de la memoria final de prácticas, y de reuniones con el supervisor o supervisora: 34, lo que hace un total de 134 horas.

En la memoria, se deben expresar los siguientes datos: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Memoria de prácticas de la Maestría Universitaria en Cuidados Paliativos, curso 2023-2024, título (por ejemplo: una experiencia de trabajo en una Unidad de Cuidados Paliativos), nombre y apellidos, nombre, apellidos y cargo de la supervisora o supervisor, nombre de la institución (y dirección de la misma, incluyendo en nombre del país), fecha de inicio y de finalización, funciones y/o actividades realizadas, técnicas empleadas al margen de las propias de la profesión (entrevistas, trabajo en grupo, consultas, observación

participante, cuestionarios, lluvia de ideas, etc.), objetivos alcanzados, habilidades aprendidas, valoración de la experiencia y conclusiones. Esta memoria debe ir acompañada de un certificado de la supervisora o supervisor en el que se indique, además de los datos de la alumna y el alumno, las horas de prácticas realizadas, el nombre de la institución, la calendarización, y la valoración, tanto cualitativa (por ejemplo, “cumplió adecuadamente con los objetivos y funciones propias de su profesión en la atención paliativa”) como cuantitativa (“por el buen desarrollo de su trabajo práctico es merecedora de una nota de 10, en una escala de 1 a 10”). Esta memoria se debe enviar a los correos anteriormente indicados.

## 9. Calendarización

La Maestría dará inicio el día 30 de octubre de 2023, aunque quienes se matriculen pueden iniciarla desde que sean integrados/as en el campus virtual (desde la segunda o tercera semana de septiembre, aproximadamente). Y finalizará el 30 de diciembre de 2024.

## 10. Evaluación

Esta modalidad de estudios contempla dos tipos de evaluaciones:

- a) Realización de cuestionarios tipo preguntas opcionales (a, b, c), siendo verdadera solo una de ellas. Las preguntas están ordenadas por capítulos y asignaturas. Para superar las pruebas se ha acertar el 80% de las preguntas (en total). Un 80% equivale a una nota de 5 en una escala de 1 a 10. El 100% es equivalente a un 10. Estos cuestionarios se pueden realizar desde el propio campus virtual o bien a través de su cumplimentación en los archivos que se recibirán a través de Dropbox\* en formato Word (que se enviarían mediante correo electrónico, convertidos a pdf), tal como se ha señalado en párrafos anteriores. Quienes opten por el campus virtual, es muy importante que tengan en cuenta que si realizan un mismo cuestionario dos o tres veces para mejorar la nota, el sistema sacará la media de los dos o tres intentos. O sea, si en un primer intento observan que han obtenido un porcentaje de 85% y vuelven a realizar el cuestionario para mejorar la nota y obtienen un 95%, el porcentaje final sería del 90%.
- b) Valoración del Trabajo Final de Maestría en su parte escrita y en su defensa oral o, en su caso, de las prácticas institucionales.

Para superar la Maestría se han de aprobar las dos partes (a y b).

Quienes no superen las pruebas en el plazo indicado de desarrollo del curso, tendrán una segunda oportunidad (convocatoria extraordinaria), que concluirá el 1 de marzo de 2024.

Quienes aprueben obtendrán el correspondiente título, expedido por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

## 11. Matrícula

Para los profesionales de las áreas de conocimiento señaladas en apartados anteriores, la matrícula tiene un costo de 1.800,00 euros, que pueden abonarse de una sola vez o fraccionado, sin

coste adicional alguno. La primera cuota será de 300 euros, que se abona en el momento de aceptarse la matrícula. Las siguientes se abonarán mensualmente en 10 cuotas. Esta cantidad puede ser inferior en los siguientes casos:

1) matrículas en grupos de 3:

- 1.300,00 euros si son profesionales de la Medicina, Farmacia, Fisioterapia o similares, o de 1.042,00 euros, para profesionales de Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética y similares. Para acogerse a esta opción, al hacer la reserva de plazas deben indicar en el correo los datos de los/as 3 profesionales que se inscriben grupalmente.

2) Matrículas de profesionales que trabajen en las mismas instituciones que el alumnado de ediciones anteriores. Deben facilitar los datos de la institución y del o la profesional que cursó la Maestría y que trabaja en la institución. El precio sería el mismo que el del apartado 1.

3) Matrículas de profesionales que son recomendados por escrito por alumnas o alumnos de ediciones anteriores. Para acogerse a esta opción, en el correo deben adjuntar el documento de recomendación firmado por la profesional en cuestión: por ejemplo:

*Don/ña \_\_\_\_\_, antigua alumna de la \_\_\_\_\_ edición de la Maestría Universitaria en Cuidados Paliativos/1ª de la Maestría Universitaria en Estudio y abordaje integral del dolor, tiene el honor y privilegio de presentar el presente escrito a la Comisión Académica de AULA INTERDISCIPLINAR para recomendar la admisión en la 5ª edición de la MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS / 2ª edición de la MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR de Don/ña. \_\_\_\_\_, que considero reúne el perfil adecuado para los estudios del programa y para ejercer la labor en el ámbito de los Cuidados Paliativos / la atención del Dolor en los distintos niveles de salud.*

*Atentamente (añadir firma)*

En este caso, tendrían igualmente el descuento expresado en los puntos anteriores.

En esta cantidad no están contempladas las tasas de la Universidad para la obtención del título, cuyo coste se publicada cada año en el Boletín Oficial de Canarias (en torno a los 180-220 euros), que se abonan directamente a la Universidad después de finalizado los estudios. En este caso, será la Universidad quien contacte con el profesional para indicarle los trámites a seguir para el pago y facilitarle los impresos para ello.

Tampoco se incluyen, en relación al alumnado extranjero, los gastos de Notaría y Colegio Notarial de las Islas Canarias (para quienes deseen que su título lleve la Apostilla de la Haya y sea tramitado por AULA INTERDISCIPLINAR), ni los gastos de envío. Esta parte puede tener un coste aproximado de 60 euros, cuyas facturas serán enviadas al alumnado una vez realizadas las gestiones. AULA INTERDISCIPLINAR no cobra nada por este servicio de ayuda al alumnado.

## **12. Tiempo de expedición del título**

Una vez solicitado el título a la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y abonadas las correspondientes tasas, la Universidad remite a la alumna o al alumno primeramente un certificado provisional sustitutorio del título, que tiene la misma validez que el mismo mientras se expide este. De esta manera, el/la profesional puede hacer uso del certificado provisional para sus intereses ante cualquier institución.

La impresión del título se hace en Madrid, en una imprenta especializada en la que se imprimen los títulos de las Universidades españolas. El procedimiento es muy riguroso por cuestiones de seguridad y protección de datos, lo que puede llevar a que la impresión en algunos casos se demore un año o un poco más.

## ANEXO I

(Ejemplo desarrollado por Doña Paula Ossandón Lira)

### 1. TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: **Asuntos pendientes durante el proceso final de vida.**

#### A/ ÍNDICE:

##### Índice

- Resumen----- (número de página)
- Antecedentes y estado actual del tema...
- Bibliografía Relevante----- (número de página)
- Hipótesis----- (número de página)
- Objetivos----- (número de página)
- Metodología----- (número de página)
  - Material----- (número de página)
  - Muestra----- (número de página)
  - Procedimiento----- (número de página)
  - Análisis----- (número de página)
- Plan de Trabajo----- (número de página)
  - Posibles Limitaciones----- (número de página)
- Plan de Difusión----- (número de página)
- Fuentes de Consulta----- (número de página)
- Anexos
  - Anexo 1----- (número de página)
  - Anexo 2----- (número de página)
  - Anexo 3----- (número de página)

#### B/ RESUMEN

Llama la atención las vivencias y los relatos de historias de pacientes que pareciera se resisten a entregarse a los brazos de la muerte, debido a que aún mantienen temas pendientes. Son muchos los que nombran el concepto de “asuntos pendientes”, sin embargo, son pocos los que ahondan en este tema, por lo que aún queda mucho por investigar y consensuar para lograr un manejo más eficaz de estos.

Claro está que no es una temática fácil de abordar, ya que buscar introducirse en el interior de los pacientes depende de muchos factores. Sin embargo, si logramos identificar y manejar estos asuntos de

manera más eficaz, podremos ayudar a que nuestros pacientes los enfrenten y puedan gozar de un final de vida más en paz.

## C/ ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante mi estancia en Cuidados Paliativos en Chile, me llamó fuertemente la atención ver cómo pacientes que tenían “asuntos pendientes” no podían enfrentar en paz el proceso de la muerte; cuestión que, además, era comentada indistintamente por los profesionales que trabajaban con estas personas en situación terminal. Pareciera ser que hay una relación entre muerte en paz y resolución de asuntos vitales pendientes<sup>1,2</sup>, donde el enfrentamiento de estos ayudaría a tener una muerte más tranquila y dulce.

Es un hecho que los pacientes en situación terminal de vida cruzan por un periodo complejo, donde deben enfrentarse a amenazas físicas, psicológicas, espirituales y sociales<sup>3</sup>.

Este proceso por conseguir el cierre de la vida puede llegar a producir sufrimiento, entendiéndose este como la percepción subjetiva de daño a la integridad del yo, donde se experimenta o se teme una amenaza, con la percepción de carencia de recursos para enfrentarla<sup>4</sup>.

Asimismo, el objetivo principal de los Cuidados Paliativos consiste en contribuir al bienestar del paciente y su familia, para lo cual es ineludible el alivio del sufrimiento<sup>5</sup>. Por ende, es necesario identificar los distintos factores que causan el sufrimiento, para lograr abordarlos de algún modo y poder así contribuir en la conquista de la sanación, concepto que podríamos definir como “la experiencia personal de la trascendencia del sufrimiento”, el cual implica movimiento hacia la integridad y plenitud<sup>6</sup>.

Y es que tal como plantea Mónica Renz, el sufrimiento es la etapa previa a la liberación de las resistencias que impiden la propia paz<sup>7</sup>.

¿Cuáles son entonces los sufrimientos de nuestros pacientes? Durante el transcurso de los años, diversos estudios han intentado ahondar en las necesidades y sufrimientos de los pacientes terminales<sup>3:7-11</sup>, pero ¿se ha logrado identificar y profundizar lo suficiente en las fuentes de estos mismos? Muchos autores mencionan que los pacientes en situación de final de vida tienen “asuntos pendientes” a resolver antes de poder enfrentar su muerte<sup>12</sup>. Tal como lo evidencia el testimonio de Elisabeth Kübler Ross:

“A veces se aferraban a la vida porque tenían algún asunto pendiente; se cuidaban de una hermana atrasada y no habían encontrado a nadie que pudiera encargarse de ella en el caso de que ellos murieran, o no habían podido tomar medidas para que se ocuparan de unos niños y necesitaban compartir esta preocupación con alguien. Otros se sentían culpables y oprimidos por unos “pecados” reales o imaginarios, y sentían un gran alivio cuando les ofrecíamos la oportunidad de hablar con ellos.... Todos estos pacientes se encontraban mejor después de hacer “confesiones” o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera el asunto pendiente”<sup>13</sup>.

Pareciera ser que las personas se resisten a dejar este mundo sin haberle dado solución a aquellos problemas que más los aquejan; por lo que podría desprenderse que “uno de los mayores obstáculos para lograr una “buena muerte” son los asuntos pendientes”<sup>14</sup>.

No obstante, ¿qué son realmente los asuntos pendientes? Elisabeth Kübler- Ross los define como “aspectos de las relaciones que no tenemos al día”, es decir “todas las cosas importantes que pensamos, sentimos y deseamos para nuestros seres queridos y que no solemos expresarles”. Llegando incluso a afirmar que “Todos tenemos asuntos pendientes”, porque “es imposible estar al día en todas nuestras relaciones”<sup>14</sup>.

Pero, ¿será que solo se limitan a asuntos relacionales o quizá se extienden a esferas que van aún más allá, pudiendo implicar también temas: económicos, legales, de ritual, etc.? Entonces, ¿cuáles son específicamente estos temas inconclusos que aquejan a nuestros pacientes al final de su vida?; ¿En qué medida afectan a las personas en su última etapa?; ¿Son abordables?

Para Alba Payàs, los asuntos pendientes de los pacientes al final de sus vidas pueden resumirse en los siguientes:

- Pedir perdón.
- Perdonar.
- Expresar agradecimiento.
- Expresar afecto.
- Despedirse<sup>15</sup>.

Lo cual es respaldado por autores como Julio Gómez<sup>16</sup>.

Sin embargo, hay autores, como Alicia Salinas de Lamadrid<sup>17,18</sup>, que amplían el espectro haciendo referencia a temas materiales y logísticos. Por ende, puede decirse que no hay un consenso universal sobre estos mismos. La definición de “asuntos pendientes” se basa en opiniones de expertos y documentos teóricos, careciendo de base empírica, por lo que parece importante investigar sobre este tema.

La enfermedad terminal brinda la oportunidad de reexaminar la vida dando “la posibilidad de dejar los propios asuntos en orden, de contribuir a la planificación del propio funeral, de compartir y revivir recuerdos, de despedirse, de perdonar y hacerse perdonar y de decir lo que debe ser dicho”<sup>19</sup>. Sin embargo, a pesar de que muchos pacientes se adentran en este camino, a menudo el miedo a despertar emociones o recibir rechazo impide el enfrentamiento de estos temas, situación que también puede producirse en los seres queridos<sup>20</sup>; aconteciendo una especie de “pacto de silencio” que imposibilita el desarrollo de un proceso de liberación.

Los profesionales de la salud tienen que encontrar la manera de ser una parte útil de esa exploración<sup>20</sup>, expresión y confrontación. Tal como afirma Kübler Ross “El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son”. Y es por esto que el profesional debe sentarse con el paciente, dejarlo que se tome su tiempo, y escucharlo. Los enfermos y enfermeras que “estén dispuestos a sostener conversaciones difíciles”<sup>21</sup>.

El dar el tiempo que cada paciente necesita mejora la experiencia y la calidad de vida de los moribundos<sup>20</sup>. Aquí radica la importancia de que los profesionales de la salud pongan la comunicación como la piedra angular del cuidado<sup>22</sup>, ya que tal como refiere Eric Cassell, “el paso crucial es empezar a andar por el camino de la aproximación a los pacientes como personas”<sup>23</sup>. Una vez cubierta las necesidades orgánicas, debemos adentrarnos en la exploración interior de los pacientes, ayudándolos a identificar las causas de sus sufrimientos, y todos aquellos temas inconclusos que los inquietan, para luego disponerse a aliviar esa carga que impide la serenidad.

No es una tarea fácil, ya que requiere, por parte del profesional, emplear recursos que le permitan tener una actitud empática<sup>24,25</sup>, abierta, y una manera de permanecer en silencio por dentro y por fuera, dejando que la información fluya sin hacer interpretaciones ni juicios<sup>23,26</sup>. Y, por otro lado, requiere que el paciente se abra y exprese todo aquello que lo aqueja, para lo cual es necesaria la construcción de una relación previa.



Habiendo conseguido el establecimiento de una relación profesional- paciente, es preponderante la exploración de los asuntos pendientes, ya que pueden llegar a ser fuente de integración y conexión con la realidad, la que finalmente puede ayudar a producir crecimiento y transformación tanto para el enfermo –en la medida que contribuye a que pueda vivir su proceso de muerte con mayor paz–, como para sus seres queridos –quienes podrán elaborar un mejor duelo<sup>27</sup>–.

Entonces, si logramos identificar cuáles son los asuntos inconclusos que más aquejan a nuestros enfermos, podemos abordarlos, y ayudar a que los pacientes enfrenten estas temáticas de una forma más eficaz, pudiendo contribuir a que este último periodo vital finalice más en paz.

#### D/ BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE

No se encuentran estudios que aborden el tema de los “asuntos pendientes” de forma específica, por lo que solo se cuenta con publicaciones basadas en la experiencia y la opinión de ciertos expertos:

- Kübler Ross E. Sobre la Muerte y los Moribundos. 4ªed. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U; 1975.
- Payàs A. El mensaje de las lágrimas. 3ªed. Barcelona: Paidós; 2014.
- Gómez Julio. La hora de la verdad. Los Asuntos que no debes dejar pendientes. Barcelona. Plataforma Editorial: 2014.
- Salinas de Lamadrid A. Acompañar en la enfermedad, el dolor y la muerte. [Internet]. México: Publicaciones Paulinas S.A. de C.V.; 2008. Capítulos 5 y 6. p. 122 - 128. [citado 2016 Abr 12]: Disponible en:

<https://books.google.es/books?id=4jYyBAJ8kQAC&pg=PA14&lpg=PA14&dq=alicia+salinas+de+lamadrid&source=bl&ots=GkOUg8Mf12&sig=yXgoe8PrfBopJZ8cmj4qX2UcaEw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8zsnct0ahUKEwj8zsnctlnMAhUMExoKHdzXAZsQ6AEIOTAF#v=onepage&q=asuntos%20pendientes&f=false>

#### E/ HIPÓTESIS

Como hipótesis se formulan las siguientes:

- Los “asuntos pendientes” son una causa de sufrimiento para los pacientes y obstaculizan el proceso de morir en paz.
- Aunque se puedan postular diversas áreas en las que los pacientes comúnmente presentan temas inconclusos, la raíz primaria de los temas pendientes son causas relacionales.
- Las personas tienen la necesidad de resolver sus asuntos a nivel “intra”, “inter” y “trans” personal, para lograr un proceso de muerte más en paz.

#### F/ OBJETIVOS

Los objetivos serán los siguientes:

- Investigar cuáles son los principales asuntos pendientes comunes y existentes en los pacientes en el final de la vida en una Unidad de Cuidados Paliativos.

- Describir y clasificar los asuntos pendientes identificados.

## G/ METODOLOGÍA

A nivel metodológico se plantea un Estudio cualitativo, donde se entrevistará a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos durante un año y medio (establecimiento por definir), a través de un guión de preguntas elaboradas. Se realizará un estudio piloto de aplicación de las preguntas para valorar el correcto planteamiento de estas mismas en un grupo pequeño de pacientes.

Deberá establecerse una relación profesional-paciente previa a la entrevista. Una vez erigida, se invitará al paciente a formar parte del presente estudio; para lo cual se le realizará una explicación de la temática y los objetivos; además de asegurar la confidencialidad de los datos y dar espacio para la resolución de preguntas.

Con el consentimiento previo del paciente, se procederá a explorar los asuntos que estos consideran que obstaculizan el proceso de “dejarse ir”.

Los encuentros serán respaldados a través de filmaciones, las cuales luego se analizarán y compararán, para identificar factores comunes en las distintas experiencias.

Asimismo, la investigación será sometida a un proceso de reflexión, donde los investigadores deberán revisar sus propios valores, conscientes de los posibles sesgos que estos pueden causar en los resultados. Esto permitirá asegurar la calidad de la investigación, para ser susceptible de revisión por agentes externos<sup>28</sup>.

Luego de realizado el análisis de las entrevistas, se determinarán qué factores inconclusos aquejan a nuestros pacientes terminales.

### - Material

Se elaboró una Guía de preguntas (Anexo 4), que fue construida a partir de escalas de evaluación espiritual y existencial. Se realizó una revisión de la bibliografía a través de una búsqueda en las bases de datos The Cochrane Library, Medline, EBSCO, Cinahl, y Lilacs; utilizándose las palabras claves: *palliative care, end of life, spiritual needs, spirituality, existential, self transcendence, pending issues, questionnaire, instrument of evaluation. Asuntos pendientes, espiritualidad, cuestionarios.*

Luego de un proceso de selección de los artículos obtenidos, se escogieron 13 escritos; los que combinan herramientas de evaluación de calidad de vida<sup>29,30</sup>, abarcando áreas como la espiritual<sup>6, 31 - 35</sup>, psicológica<sup>36</sup> y existencial<sup>37-39</sup>.

Se procedió a la elaboración del cuestionario guía, el cual consta de varias preguntas que pueden dividirse en abiertas y dirigidas a un área más específica. Las preguntas abiertas están elaboradas para facilitar el inicio de la exploración, donde se cuestiona al paciente sobre sus preocupaciones, miedos e inquietudes, permitiendo que el enfermo se exprese libremente. Las preguntas dirigidas cuestionan temas más específicos de posibles asuntos pendientes, explorando las siguientes áreas:

- Reconciliación, a nivel personal, interpersonal y transpersonal.
- Legado emocional - afectivo.

- Área económica – patrimonial.
- Funeral – entierro.

Se realizará una aplicación previa de la guía para evaluar la correcta formulación de las preguntas.

El entrevistador deberá tener en cuenta que la guía es solo una pauta para facilitar la exploración; por lo que él es quien deberá adaptar la indagación según cada paciente.

Por otro lado, es de gran importancia la actitud del profesional implicado. Deberá reflejar hospitalidad, presencia y compasión, ya que sólo en la medida que el enfermo se sienta comprendido y no juzgado, será capaz de abrir y compartir su intimidad<sup>40</sup>.

#### **- Muestra**

Los pacientes serán recolectados por un equipo de médicos y enfermos de Cuidados Paliativos (establecimiento por definir), durante un periodo de tiempo de un año y medio.

Para ser incluidos en el presente estudio, los pacientes deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Pacientes con enfermedad terminal según criterios OMS/ SECPAL<sup>41</sup> (Anexo 1).
- Hospitalizados en Servicio de Cuidados Paliativos.
- Con plenas facultades mentales. Capacidad medida con SPMSQ – Pffeifer<sup>42,43</sup> (Anexo 2).
- En conciencia de su pronóstico y/o haber expresado al menos una vez la posibilidad de morir. (Escala de Ellershaw<sup>44</sup>, puntuación mayor o igual a 3)<sup>45</sup>.
- Pacientes que brinden su consentimiento para ser evaluados.
- Individuos con recursos físicos suficientes como para participar en una entrevista de 90 minutos (aproximadamente).
  
- Sujetos de lengua castellana.

#### **- Procedimiento**

El siguiente estudio se llevará a cabo a través de entrevistas. Se confeccionó una guía de preguntas (Anexo 3), la que deberá ser aplicada previamente en un grupo piloto, con la intención de evaluar la acogida y comprensión del planteamiento de dichas preguntas. Una vez obtenida esta información, se evaluará la necesidad de la realización de cambios en estas mismas.

Con la guía de preguntas actualizadas se procederá a la realización del estudio.

Luego de diversos encuentros previos con el pacientes, donde se haya logrado forjar una relación con este mismo (esto queda a criterio del profesional, ya que al ser cada persona diferente no es posible determinar el número de encuentros previos), se llevaran a cabo tres entrevistas semiestructuradas, dependiendo de cada individuo.

Se explicará al paciente la finalidad de este estudio y la relevancia de la exploración de los posibles asuntos pendientes, dando espacio a la resolución de dudas. En caso de que el enfermo brinde su consentimiento, se procederá a la realización de la entrevista.

La entrevista será llevada a cabo por la investigadora principal P.O.L, junto con otro profesional del equipo participante en el estudio (por definir). La investigadora principal será quien realice las preguntas, mientras el profesional adyacente estará a cargo de la filmación del diálogo. El tiempo de duración de las entrevistas será de acuerdo a las necesidades del paciente, y de las limitaciones de tiempo de los investigadores, que en caso de existir deben ser aclaradas al inicio del encuentro. Los profesionales deberán ir dispuestos a permanecer el tiempo que sea necesario, para lo que es de importancia que se tomen las medidas pertinentes.

El abordaje de este tipo de asuntos es complejo, ya que reside en una exploración profunda de distintas esferas de la persona, lo que puede tener diversos factores obstaculizadores. Debido a esto, es de gran importancia que los profesionales pongan esfuerzos en generar un ambiente de confianza e intimidad; teniendo una actitud compasiva<sup>26</sup>, para lo que es necesario una aceptación incondicional del enfermo. Además, se debe procurar una actitud presente, centrándose en el paciente y evitando tener la mente en divagaciones, haciendo que el paciente sienta que “solo estamos para él”<sup>46, 47</sup>.

Para la exploración, el entrevistador podrá basarse en la guía de preguntas (Anexo 3), pudiendo iniciar la conversación con preguntas abiertas (Tabla A), si así lo estima conveniente. Y luego adentrarse en preguntas dirigidas (Tabla B), o bien iniciar directamente con este tipo de preguntas si la situación lo permite (queda a criterio del investigador).

La entrevista será llevada a cabo en la unidad del paciente, a no ser que refiera preferencia por otro lugar. Se velará por la mayor comodidad del paciente.

Luego de la entrevista, la conversación será transcrita de forma lo más literalmente posible, siempre guardando la confidencialidad del enfermo; utilizándose nombres ficticios para este propósito.

#### **- Análisis**

Se realizará un análisis cualitativo y cuantitativo de las respuestas, para lo cual se organizarán y se agruparán los datos según la similitud de contenido<sup>48</sup>.

Para esto, se transcribirán y se analizarán las distintas entrevistas, de forma inmediata luego de realizadas; asegurando siempre el anonimato de los entrevistados.

Los autores deberán realizar un análisis individual, el cual será discutido en conjunto de forma posterior.

Durante la discusión grupal, se llevará a cabo una verificación de los datos, a través de las transcripciones y fichas de los respectivos pacientes. De esta manera, se realizará un detallado análisis y comparación de las experiencias, para llegar a un consenso que permita una mayor comprensión de los asuntos pendientes de nuestros pacientes.

Asimismo, siendo conscientes de los posibles sesgos de la investigación cualitativa; sabiendo que el trabajo y los valores personales del investigador pueden tener una influencia inherente en los resultados, se realizará un proceso de reflexividad para dar explicaciones transparentes de las conclusiones obtenidas<sup>49</sup>.

## H/ PLAN DE TRABAJO

La investigadora principal, P.O.L., confeccionará una guía de preguntas para la exploración del mundo interno de los pacientes.

Se realizará una prueba de entrevistas preliminares durante 3 semanas, para evaluar el correcto planteamiento de las preguntas. Una vez obtenida la información, se valorará la necesidad de hacer cambios en estas mismas.

Luego de definida la guía a utilizar, se procederá a iniciar la recolección de la muestra. El equipo participante del estudio analizará que los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos cumplan los criterios de inclusión de la investigación.

Asimismo, antes de invitar a los pacientes a formar parte del proyecto, es de gran importancia la construcción de una relación profesional-paciente, siendo requisito para iniciar este mismo (la cantidad de encuentros necesarios para la cimentación de esta relación quedará a criterio del profesional, debido a la universalidad de cada individuo).

Una vez definidos los potenciales participantes, y existiendo una relación previa con los pacientes, se procederá a invitar a los individuos seleccionados a colaborar en el estudio. Se realizará una explicación sobre la finalidad de la investigación y la relevancia de esta misma, además de la resolución de cualquier duda que pueda surgir en los pacientes respecto al estudio.

Si se obtiene el consentimiento del paciente, se procederá a iniciar el ciclo de entrevistas, las cuales serán llevadas a cabo por la investigadora principal, P.O.L, y por otro profesional partícipe del estudio (por definir).

Se llevarán a cabo tres entrevistas semiestructuradas, dependiendo de cada individuo. Esto debido a que es un tema en el que los pacientes requieren tiempo, introspección y reflexión; por lo que es muy poco probable lograr una expresión completa en una sola sesión.

Se realizarán un total de tres encuentros, sin embargo, si el paciente llegara a necesitar más cesiones de las estipuladas, podrá optar a las entrevistas que sienta necesarias para expresar lo que tenga que decir en cuanto a sus asuntos pendientes.

El tiempo y el intervalo entre las entrevistas lo irá marcando el mismo paciente, dependiendo de la conciencia y necesidad de expresión de este mismo, y de la limitación del tiempo y disponibilidad de los investigadores.

Las entrevistas se llevarán a cabo en la unidad del paciente, a no ser que este refiera expresa preferencia por otro lugar.

Para el desarrollo de las entrevistas, los investigadores se basaran en la guía construida para el presente estudio (Anexo 3). En un inicio se utilizarán preguntas abiertas basándose en el contenido de la Tabla A. Y a medida que avanza la entrevista se podrán ir haciendo, si el investigador lo estima pertinente, preguntas dirigidas, para explorar los asuntos de interés, basándose en las temáticas de la Tabla B.

Las entrevistas irán siendo respaldadas por filmaciones, las cuales serán transcritas y guardadas como archivos en un ordenador. Se velará por la confidencialidad de los datos obtenidos, así como del emisor pertinente.

Luego de las entrevistas, los videos serán analizados de forma individual por parte de cada investigador, quienes luego deberán discutir cada caso en conjunto, analizando no solo lo emitido por el paciente, sino también lo expresado de forma no verbal. Las filmaciones serán un respaldo para realizar un análisis basado en lo que el paciente refirió explícitamente, pudiendo, además, examinar aspectos del entorno físico y no verbal.

De esta manera, se llevará a cabo una discusión, en la que se deberá llegar a consenso, para finalmente definir una clasificación de los distintos asuntos pendientes encontrados en las experiencias expresadas por los pacientes en final de vida.

#### **- Posibles limitaciones del estudio**

Entre las posibles limitaciones del estudio tenemos: La disposición y etapa de duelo del paciente, relación paciente-profesional de salud, manejo de counselling por parte del profesional, falta de experiencia en investigación cualitativa.

#### **I/ PLAN DE DIFUSIÓN**

Luego de realizado el análisis de la información obtenida por la investigación, se procederá a trabajar por dar a conocer sus resultados y sus posibles implicancias en el manejo de los pacientes terminales por parte del equipo de salud.

Se publicará en revistas relacionadas con el área de Cuidados Paliativos (con previa autorización de la dirección del centro)<sup>50</sup>, se educará al personal de salud de la unidad de cuidados paliativos donde fue llevada a cabo la investigación, se procurará realizar reuniones y publicaciones y se expondrá la información en posters para ser presentada en congresos.

#### **I/ FUENTES DE CONSULTA**

Las fuentes consultadas han sido:

1. Maté J, Bayés R, González-Barboteo J, Muñoz S, Moreno F, Gómez-Batiste X. ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psicooncología* 2008; 5 (2-3): 303-21.
2. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Med Clin* 2000; 115 (15): 579- 582.
3. Reynoso E, Alazraki O, González-Maraña M, Alvarado S, Pulido MA. Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en etapa terminal (a través del instrumento ENPOET): comparación entre muestras. *Psicooncología* 2008; 5 (1): 39- 52.
4. Chapman CR, Gravin J. Suffering the contributions of persistent pain. *Lancet* 1999; 353: 2233 - 2237.

5. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos Modelos y protocolos. 5ªed. Barcelona. Ariel Ciencias Médicas; 2010. p. 19.
6. Benito E, Barbero J, Dones M. Monografías SECPAL. Espiritualidad en Clínica, una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid. SECPAL; 2014, (6): 53– 54.
7. Steinhauser K, Cliao E, McNeilly M, Christakis N, McIntyre L, Tulsy J. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families and Providers. *Ann Intern Med* 2000; 132: 825-832.
8. Steinhauser K, Christakis N, Clipp E, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy J. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *J Am Med Assoc* 2000; 284 (19): 2476- 2478.
9. Ben Natan M, Garfinkel D, Shachar I. End of life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *Eur. J. Oncol Nurs* 2010; (14): 299- 303.
10. Virdum C, Luckett T, Davidson PM, Phillips J. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end of life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Med* 2015; 29 (9): 774-796.
11. Miccinesi G, Bianchi E, Brunelli C, Borreani C. End of life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition. *Eu. J. Cancer Care* 2012; (21): 623-633.
12. Míguez Burgos A., Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Abr 12]; (16): Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200018&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018&lng=es).
13. Kübler Ross E. Sobre la Muerte y los Moribundos. 4ªed. Barcelona. Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U; 1975. p 338.
14. Fenwich P, Fenwich E. El Arte de Morir. Girona. Atalanta; 2015. p 312; 328.
15. Payàs A. El mensaje de las lágrimas. 3ªed. Barcelona. Paidós; 2014.
16. Gómez Julio. La hora de la verdad. Los Asuntos que no debes dejar pendientes. Barcelona. Plataforma Editorial; 2014.
17. Salinas de Lamadrid A. Acompañar en la enfermedad, el dolor y la muerte. [Internet]. México. Publicaciones Paulinas, S.A de C.V.; 2008. Capítulos 5 y 6. p 122 - 128. [citado 2016 Abr 12]: Disponible en:  
<https://books.google.es/books?id=4jYyBAJ8kQAC&pg=PA14&lpg=PA14&dq=alicia+salinas+de+lamadrid&source=bl&ots=GkOUg8Mf12&sig=yXgoe8PrfBopJZ8cmj4qX2UcaEw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8zsnct0ahUKEwj8zsnctlnMAhUMExoKHdzXAZsQ6AEIOTAF#v=onepage&q=asuntos%20open20pendientes&f=false>
18. Cerdá-Olmedo G, Míguez A, Monsalve V, Vivó A, Valía JC, de Andrés J. Fases en la atención al enfermo terminal, orientaciones prácticas en el manejo de una situación difícil. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1999; 6:46.
19. Heath Iona. Ayudar a Morir. Madrid: Katz Editores; 2008. p 43, 48, 49, 65.

20. McCourt R, Power JJ, Glackin M. General nurses' experiences of end of life care in the acute hospital setting: a literature review. *Int. J. Palliat Nurs* 2013; 19 (10): 510- 516.
21. Gawande A. Ser mortal. La medicina y lo que importa al final. Barcelona. Galaxia Gutenberg; 2015. p 178; 183.
22. Ferrell B, Coyle N. *Palliative Nursing*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York. Oxford University Press; 2006. p 67- 69.
23. Cassell E. Diagnosticar el sufrimiento: una perspectiva. *Ann Inter Med* 1999; 131: 531-34.
24. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology* 2012; 21: 1255-1264.
25. [Derksen F, Bensing J, Lagro- Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice a systematic review. \*BJGP\* 2013; 63 \(606\): 76 – 84.](#)
26. Larkin PH. *Compassion. The essence of palliative and end-of-life care*. Oxford University Press. 1<sup>a</sup>ed. United Kingdom 2016.
27. Idem 15. p 40- 41.
28. Gibbs Graham. *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata, S.L. Madrid 2012. p 121- 140.
29. Shahidi J, Bernier N, Cohen SR. Quality of Life in Terminally III Cancer Patients: Contributors and content validity of instruments. *J Palliat Care* 2010 summer; 26(2): 88-93
30. Webster K, Cella D, Kost K. The functional Assessment of chronic illness therapy (FACIT) Measurement System: Properties, applications and interpretation. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1.
31. Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J, Benito E. Cuestionarios de Evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una Revisión Crítica. *Med Paliat* 2013. <http://dx.doi.org/10.016/j.medipa.2013.02.003>
32. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, Barbero J. Development and Validation of a New tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. *JPSM* 2014; 47 (6).
33. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. *JPSM* 2011; 41: 728-753.
34. Vilalta A, Valls J, Porta J, Viñas J. Evaluation of spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in Palliative Care Unit. *JPM* 2014; 17 (5).
35. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Cella D. The expanded version of the Functional assessment of Chronic Illness Therapy –spiritual well-being scale (FACIT-Sp-Ex): initial report of psychometric properties. *Ann Behav Med* 1999; 21: 129.



36. Maté J, Mateo D, Bayés R, Bernaus M, Casas C, González-Barboteo J, et al. Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología* 2009; 6(2): 507-518.
37. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garasen H, Espnes G.A. The self - transcendence Scale, An investigation of the factor structure Among Nursing Home patients. *J Holist Nurs* 2012; 30 (3): 147 - 159.
38. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garasen H, Espnes GA. Self- transcendence in cognitively intact nursing- home patients: a resource for well - being. *JAN* 2013; 69 (5): 1147- 1160.
39. Lyon DE, Younger J. Development and preliminary evaluation of the existential meaning scale. *J Holist Nurs* 2005; 23: 54-65
40. Barreto MP. Necesidades Emocionales de la persona al final de la vida [Apuntes]. Máster de atención paliativa integral a personas con enfermedades avanzadas 2015-2016. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015 Dic 11; Barcelona.
41. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [Internet]. Madrid: SECPAL; 2014 [consulta el 6 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>
42. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatric Soc* 1975; 23 (10): 433 - 41.
43. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001; 117 (4): 129 - 134.
44. Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC. Assesing the effectiveness of a hospital palliative care team. *J. Palliat Med* 1995; 9 (2): 145 - 52.
45. Idem 6. p 141.
46. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A Thematic Review of the Spirituality Literature within palliat care. *J. Palliat Med* 2006; 9: 464 - 479.
47. Mako C, Galek K, Poppito SR. Spiritual pain among cancer patients with advanced cancer in palliative care. *J. Palliat Med*; 9: 1106 - 1113.
48. Arantzamendi M, López- Dicastillo O, Vivar CG. Investigación Cualitativa, manual para principiantes. Ediciones Eunate. España 2012. Cap 5.
49. Idem 28. p 139.
50. Código de buenas prácticas científicas. Instituto Sant Pau, Investigaciones Biomédicas. Barcelona 2010. p 22.

## I/ ANEXOS

### Anexo 1:

Pacientes con enfermedad terminal según criterios OMS/ SECPAL:

- Enfermedad avanzada, incurable y progresiva.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento curativo.
- Presencia de múltiples síntomas, intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Intenso impacto emocional sobre el paciente y su familia.
- Repercusiones sobre estructura cuidadora.
- Pronóstico de vida menor a 6 meses.

## Anexo 2:

### Cuestionario de Pfeiffer SPMSQ (Short Portable Mental State Questionnaire) validado al castellano:

Valora varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo.

PREGUNTA	ERRORES
¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana?	
¿Cuál es su nº de teléfono o dirección?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes, año)	
¿Quién es el presidente del gobierno?	
¿Quién era el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuál era el 1º apellido de su madre?	
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
<b>TOTAL</b>	

### Interpretación:

Se adjudica un punto por cada error.

- Entre 0-2: Normal
- Entre 3-4: Deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: Deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: Deterioro cognitivo severo

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.

### Anexo 3:

#### Cuestionario Guía, estudio sobre Asuntos Pendientes al final de la vida

La siguiente guía tiene como objetivo la exploración de los posibles asuntos pendientes a resolver de los pacientes al final de la vida. Para la aplicación de esta misma es requisito la preexistencia de una relación profesional-paciente, construida a partir de previos encuentros.

Se busca la indagación del mundo interno del paciente, por lo que es necesario que el entrevistador adopte una actitud compasiva, presente y desprovista de juicios, favoreciendo un ambiente de intimidad donde el enfermo se sienta acogido.

Esta guía deberá ser utilizada solo a modo de orientación. El profesional deberá adaptar los tiempos y preguntas según la individualidad de cada paciente, siendo consciente que se adentra en la intimidad de este mismo. Se recomienda iniciar la entrevista preferentemente con preguntas abiertas (Tabla A) y a medida que el enfermo vaya entrando en la dinámica de su propia exploración se podrán ir abordando preguntas dirigidas (Tabla B). Debe ser una entrevista flexible, que puede efectuarse en varias etapas según los tiempos de cada paciente.

Por último, es importante destacar que no hay respuestas “correctas” o “incorrectas” [1], sino que solo se busca la exploración.

A continuación se presentan las preguntas divididas en abiertas y dirigidas:

#### Tabla A:

##### **Preguntas Abiertas:**

- ¿Qué te preocupa? / ¿Hay algo que te tenga intranquilo?
- ¿Qué temes?
- ¿Sientes que hay algo que tengas pendiente por hacer?
- ¿Qué es lo que más valoras en estos momentos?

#### Tabla B:

##### **Preguntas Dirigidas:** Los constructos se descomponen en distintas categorías:

- **Reconciliación:**
  - Personal:
    - ¿Estás en paz contigo mismo?
    - ¿Hay algo que necesitas perdonarte?
    - ¿Has hecho en tu vida lo que sentías que tenías que hacer? (GES)
    - ¿Encuentras sentido a tu vida? (GES) / ¿Tienes una razón por qué vivir? (FACIT- Sp)
  - Interpersonal:
    - ¿Te sientes en paz y reconciliado con los demás? (GES)
    - ¿Te sientes querido por las personas que te importan? (GES)
  - Transpersonal:
    - ¿Te sientes conectado con una realidad superior? (GES)
    - ¿Encuentras fuerzas en tu fe o creencia religiosa? (FACIT- Sp)
- **Legado emocional – afectivo:**
  - ¿Hay algo que te gustaría y aún no has expresado a tus seres queridos?
  - ¿Cómo te gustaría que te recordaran?
- **Económica- patrimonial:**
  - ¿Necesitas resolver el orden y distribución de tus bienes materiales?; ¿Por qué?
  - ¿Sientes la necesidad de realizar un testamento?
  - ¿Sientes la necesidad de hablar de estos temas (económicos) con tus cercanos?
- **Funeral- entierro:**

- ¿Tienes alguna petición especial para el día en que partas de este mundo?
- ¿Sientes la necesidad de planificar tus ritos de despedida o el proceder de lo que pase con tus cosas?  
¿Por qué?

## ANEXO II

(Ejemplo desarrollado por Doña María José Barredo Serrano)

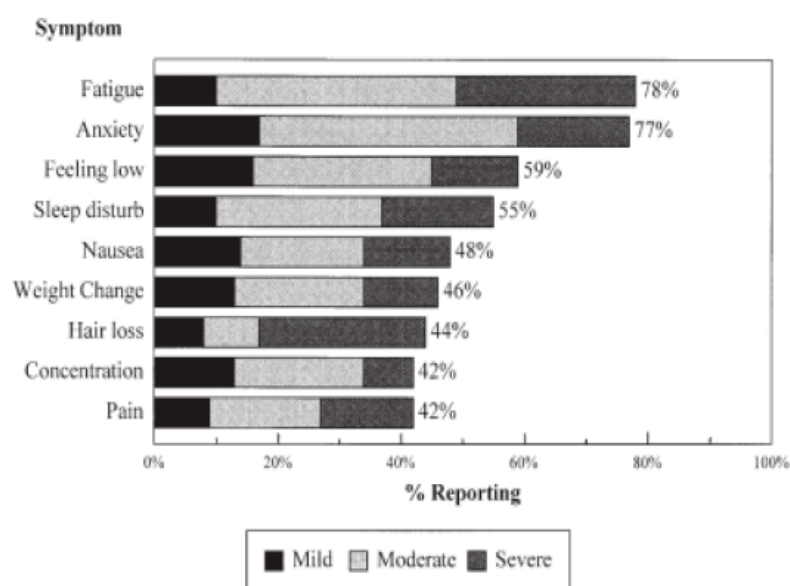
### 2. TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA/DOCUMENTAL: **Efectos de un programa de MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) como recurso terapéutico para mejorar la calidad de vida de pacientes en Cuidados Paliativos: revisión sistemática.**

#### Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), las enfermedades terminales son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial. Las principales enfermedades que tienen relación con el fallecimiento de individuos son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Padecer una enfermedad crónica supone un impacto psíquico importante en la persona que la padece. Las enfermedades terminales causan temor y estrés significativo por la gravedad que representan a nivel sociocultural y a nivel individual (personalidad, experiencias cercanas o propias, religión, carácter, etc.).

En un estudio canadiense de 913 pacientes se encontró que el 94% experimentan uno o más de los siguientes síntomas durante la enfermedad que le afectan a nivel psicológico y su calidad de vida: Fatiga (78%), ansiedad (77%), depresión (59%) e insomnio (55%) (Ashbury et al., 1998).

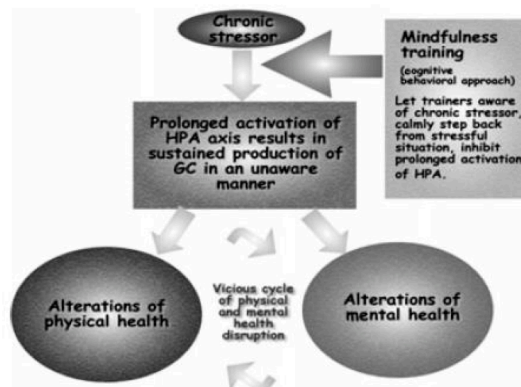


Cuando el enfermo se encuentra en este escenario, de evolución inalterable hacia la muerte, entra en el período de terminalidad en la que se presenta en mayor grado síntomas de ansiedad, depresión, desesperanza y delirio por los dolores que está sintiendo a nivel fisiológico, la impotencia por planes futuros, la frustración que le causa el temor a morir, el hecho de dejar a su familia y en qué estado dejarla, así como la incertidumbre de si sus necesidades, tanto físicas, psicológicas como espirituales, quedarán cubiertas durante el proceso anterior a su muerte (Matías et al, 1995).

Dentro de los recursos terapéuticos existentes, la reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) es un tipo de intervención elaborada por el Dr. Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1982) que consiste en “la intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento” y, por tanto, “requiere mantener la atención en lo que ocurre aquí y ahora” (Martín-Asuero & García-Banda, 2010).

La reacción de Lucha o huida descrito por Walter Cannon en 1927 es una buena referencia para explicar los efectos del Mindfulness. Se encuentra gráficamente explicada en anexos y se trata de que cuando un estímulo, como una enfermedad terminal, percibido como amenaza, activa de manera intensa y prolongada el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA), se produce abundante cantidad de la hormona del estrés, glucocorticoide (GR). La exposición a largo plazo de GR es perjudicial y dañino para la salud física y mental del cuerpo que incluye la desregulación emocional, la depresión, supresión del sistema inmune y agravamiento del nivel de dolor.

Aquí es donde entra el MBSR, que va a permitir desarrollar la habilidad de conocimiento y de estar atentos a los factores de estrés presentes. A su vez, esto permite ver desde otra perspectiva los pensamientos y sentimientos estresantes, en lugar de involucrarse en la preocupación, ansiedad o pensamientos negativos. Por lo tanto, el MBSR logrará inducir la relajación del cuerpo, la recarga de energía mental y promover la salud física y mental de pacientes (Thase & Howland 1995).



El presente estudio tiene como objetivo presentar una revisión sistemática y evaluación crítica de la evidencia existente sobre la eficacia del MBSR como recurso terapéutico para mejorar la calidad de vida de pacientes en Cuidados Paliativos.

## **Método**

### *Búsqueda bibliográfica*

La búsqueda de artículos se realizó en bases de datos informatizadas, incluyendo PUBMED, PsycINFO y Cochrane. La palabra «MBSR» fue siempre utilizada como criterio de búsqueda, quedando combinada junto con el operador «AND» a las siguientes palabras clave: cáncer, palliative care, end of life cancer, terminal cancer, terminal illness.

### *Selección de estudios*

El proceso para la selección de los estudios está basada en el diagrama de flujo PRISMA con razones para exclusión. Se identificaron X estudios de los cuales X cumplían los criterios de selección para la

revisión sistemática. Se realizó la búsqueda en pacientes con cáncer haciendo énfasis en pacientes con enfermedades terminales.

#### *Criterios de exclusión*

Se excluyeron los estudios que pertenecían a algunas de las siguientes categorías: estudios publicados en forma de resumen y/ o revisiones, no escritos en inglés o español, relacionados con otras enfermedades, estudios donde los participantes eran menores de 18 años y estudios que no aplicaban un programa de intervención.

#### *Criterios de inclusión*

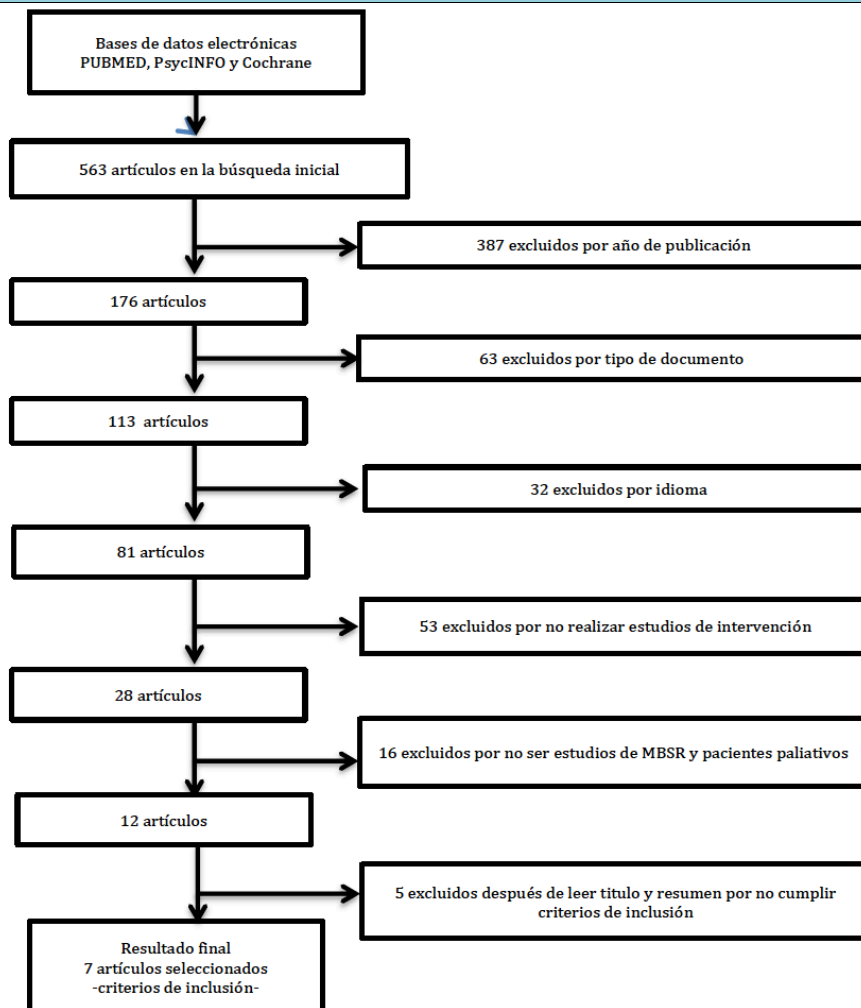
Tipo de estudio: Estudios de MBSR para pacientes con cáncer, en inglés o en español. Tipo de participantes: Participantes mayores de 18 años con un diagnóstico de cáncer (especial énfasis en pacientes paliativos).

Tipo de intervención: MBSR.

Tipo de medida de resultados: Estudios que reportaban mejoramiento en calidad de vida, funcionamiento físico (dolores crónicos), y aspectos psicológicos (estrés, depresión, ansiedad, alteración del estado de ánimo) en los pacientes.

### **Resultados**

Siguiendo la estrategia definida, el resultado de la búsqueda sistemática inicial fue de 563 artículos. En un primer análisis, 387 estudios fueron excluidos por año de publicación, 63 por tipo de documento, 32 fueron excluidos por el idioma, ya que no eran ni en inglés ni en español, 53 luego de notar que no se trataba de un programa de intervención de MBSR, 16 por no ser estudios de MBSR relacionados con pacientes paliativos o con cáncer y finalmente y 5 fueron excluidos al realizar un estudio más profundo y descubrir que, por títulos y/o resúmenes no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, se seleccionaron 7 estudios utilizados como base de la revisión. En la siguiente figura se muestra el diagrama de flujo utilizado para la selección de los artículos.



De los siete artículos, siguiendo como premisa encontrar mejoría en la calidad de vida de pacientes en Cuidados Paliativos, se encontró que, después de la aplicación del programa de MBSR, en cuatro de los estudios hubo menor puntuación en depresión (9, 10, 12, 14) y en cinco menor puntuación en ansiedad (9, 10, 11, 12, 14). En uno (15) se encontró mejorías importantes en la vitalidad del paciente, en las habilidades sociales, sentimientos de paz y felicidad y en la salud mental. En cuanto al funcionamiento físico (dolores crónicos) se encontró uno (13) en el que mejoraba la intensidad del dolor así como el estrés causado por este. Tres estudios probaron mejoría en la alteración del estado de ánimo (9, 10, 11). Acerca del estrés que viven los pacientes, tres estudios (9, 10, 11) encontraron una mejoría estadísticamente significativa luego de la intervención. En relación con la alteración del sueño, un estudio (10) mostró como este se reducía después del programa. En cuanto al diseño, 1 era exploratorio, quasi-experimental, comparativo, 1 era quasi-experimental, 1 era un ensayo clínico aleatorizado, comparativo, 1 era comparativo, no aleatorizado y 2 fueron aleatorizados con lista de espera controlada.



Estudio	País	Sujetos	Programa	Diseño/Tipo de estudio	Resultados	Observaciones
Rod, K. (2015)	Canadá	N=47	MBSR	No especificado	Durante el año de observación se encontró mejoramiento en depresión (HDRS: antes: 100% anoto 14 o más. Después: 60% anoto <7) Ansiedad (HADS: antes: 100% puntuó 11 o más. Después: 59% puntuó <7) Dolor (antes: dolor severo 20%. Después: dolor severo: 9%)	Pacientes con dolores crónicos que sufren de ansiedad y depresión pueden beneficiarse al incorporar el MBSR en sus planes de tratamiento.
León, C., et al. (2013)	España	N=37	MBSR vs Psicoeducación estándar	Exploratorio quasi experimental comparativo	En el grupo que recibía MBSR se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas: Depresión ( $p < 0.001$ ), calidad de vida ( $p = 0.011$ )	MBSR produce una mejoría importante en el malestar emocional y en la calidad de vida, superior a lo que puede lograrse con una intervención psicoeducativa. No obstante, no se puede afirmar que el MBSR será la técnica de elección en todos los casos.
Tsang, S. (2012)	China	N=60	MBSR	cuasi-experimental	Diferencias significativas en dolores corporales a la semana de práctica ( $B = 0.55$ , $p = 0.00$ ). Mejorías en la vitalidad ( $B = 0.967$ , $p = 0.00$ ), habilidades sociales ( $B = 0.814$ , $p = 0.000$ ), sentimientos de paz y felicidad ( $B = 0.454$ , $p = 0.000$ ) y salud mental ( $B = 1.304$ , $p = 0.000$ ) después de un mes de entrenamiento.	MBSR resulta más económico para el hospital siendo el único requisito una persona entrenada en Mindfulness (enfermera, psicóloga, etc.).
Yeung- Shang Wong, S. et al. (2011)	China	N=99	MBSR vs programa de intervención multidisciplinar	Ensayo clínico aleatorizado, comparativo	En ambos grupos los pacientes demostraron mejoría estadísticamente significativa en la intensidad del dolor y estrés relacionado con el dolor.	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos programas. Ambos son capaces de reducir la intensidad del dolor y el estrés causado por este.
Garland S. et al. (2007)	Canadá	N=104	MBSR vs healing arts programs	Comparativo no aleatorizado	Los participantes en ambos grupos mejoraron significativamente. Los participantes de MBSR tuvieron resultados más altos en espiritualidad, y más bajos en ansiedad, ira, síntomas de	Es posible que el programa de MBSR ayude más en promover la espiritualidad y reducir el estrés e ira.

						estrés y alteración del estado de ánimo.	
Carlson L. & Garland S. (2005)	Canadá	N=63	MBSR	Aleatorizado con lista de espera controlada	Participantes reportaron inicialmente dormir aproximadamente 6 horas por noche. Al terminar el programa reportaron dormir aproximadamente 7 horas. También hubo mejoría significativa en el estado de ánimo después de participar en el programa. La alteración del sueño se redujo $p < .001$ y mejoró la calidad del sueño $p < .001$ . Se encontró reducción de estrés $p < .001$ , de alteración del estado de ánimo $p = .001$ y fatiga $p < .001$	Se encontró un incremento estadísticamente significativo en la calidad del sueño luego de participar en el programa. Se vieron cambios positivos importantes en ansiedad, depresión, estrés hostilidad y confusión.	
Specia M. et al. (2000)	Canadá	N=90	MBSR	leatorizado con lista de espera controlada	Pacientes que recibieron tratamiento tuvieron puntaje significativamente más bajos en alteración del estado de ánimo, depresión, ira, ansiedad, confusión y mayor energía que el otro grupo. Así mismo se encontró menor irritabilidad emocional y desorganización cognitiva. La alteración del estado de ánimo bajo en un 65%, y un 31% en síntomas de estrés.	Este programa resulta efectivo en reducir la alteración del estado de ánimo y síntomas del estrés en pacientes de ambos sexos con una variedad de diagnósticos de cáncer, estadios de la enfermedad y edades.	

## Discusión

Son numerosas las investigaciones científicas que han verificado que la práctica de MBSR es una herramienta eficaz para reducir el malestar psicológico, los síntomas físicos, el estrés y mejorar la calidad de vida.

El problema se encuentra en que los estudios que especifican la utilidad del MBSR en pacientes en Cuidados Paliativos son extremadamente reducidos y, por diferentes aspectos, no muchos tienen la validez necesaria. Por esto, en muchos casos, se utilizan como referencia los que tienen relación a enfermedades oncológicas que siguen siendo útiles, ya que existe el componente emocional que se ha buscado estudiar.

Aun así, quedan variables por solucionar respecto al grado de eficacia concreto que puede producirse aplicando el MBSR a pacientes oncológicos terminales. Temas sobre limitaciones metodológicas en investigaciones publicadas, tipos de diseños, tamaño de efecto, grupos control, etc., hacen que comprobar la eficacia del programa para pacientes específicamente paliativos sea extremadamente reducida, por esto se toman en cuenta más que nada el trabajo del programa de MBSR en síntomas específicos que suelen caracterizar a pacientes en etapas terminales.

Por todo esto, resulta difícil ser muy precisos al describir al MBSR como la mejor técnica para este tipo de pacientes en comparación con muchas otras que se puedan utilizar. Es por eso que es importante

llevar a cabo la concientización sobre la importancia de dar a conocer el grado específico de eficacia del MBSR sobre distintos indicadores acerca de la calidad de vida de pacientes. Para esto se necesitaría, por ejemplo, elaborar investigaciones que utilicen diseños aleatorizados en los que el grupo control adopte una intervención en la que se aplique alguna herramienta en la que la eficacia haya sido ya previamente demostrada.

Lo que es innegable es que el MBSR es útil, es eficaz y que ha ayudado a un sinnúmero de personas en situaciones determinantes de sus vidas. Lo interesante del Mindfulness es que no se centra en un solo tipo de práctica o es solo para cierto tipo de pacientes, o tiene algún rango de edad o características específicas. Es una herramienta práctica, sencilla y sumamente poderosa para la persona que cree que esta le va a ayudar en su malestar.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (17 de Abril de 2015). *Temas*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
2. Ashbury F.D., Findlay H., Reynolds B. & McKerracher K.A. (1998) A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *Journal of Pain and Symptom Management* 16(5), 298–306.
3. Thase M.E. & Howland R.H. (1995). Biological Processes in Depression: An updated Review and Integration, in Beckham & Leber: *Handbook of Depression*. Guilford Press, New York, NY.
4. Matías J., Manzano J.M., Montenejo A., Llorca G., Carrasco J.L. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas Neurología y Psiquiatría*, pp. 305-309.
5. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4,33-47.
6. Maslow, A. (1943). A Theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-96.
7. Martín-Asuero A. & García-Banda G. (2010). The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J Psychol*, 13:897-905.
8. Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & the PRISMA Group, (2009). *Diagrama de flujo PRISMA*
9. Specá M., Carlson L., Goodey E., Angen M. (2000). A randomized, waitlist controlled clinical trial: The effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*;62:613-22.
10. Carlson L.E., Garland S.N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int J Behav Med*.;12(4):278–285.
11. Garland S.N., Carlson L.E., Cook S., Lansdell L., Specá M. (2007). A nonrandomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Support Care Cancer*;15(8):949–961.
12. Rod K. (2015). Observing the Effects of Mindfulness-Based Meditation on Anxiety and Depression in Chronic Pain Patients. *Pain Medicine*; 16: 641–652.
13. Yeung-Shan S., Wan-Kin, F., Lai-Ping R., Chu M., Kitty Y., Mercer S. (2011). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction and Multidisciplinary Intervention Programs for Chronic Pain A Randomized Comparative Trial. *Clin J Pain*. 27:8.
14. Concha L., Mirapeix R., Blasco T., Jovell E., Arcusa A., Martín A., Seguí M. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*; 10:2-3
15. Tsang S., Suk-Bing E., Ching S., Kok-Long J. (2012). The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*; 21:2689