

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Facultad de Medicina



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico

TRABAJO FIN DE MÁSTER

“Autopercepción del nivel de competencia en cuidados paliativos de los estudiantes de Ciencias de la Salud en la Universidad de Salamanca”

Mei Fernández Crespo

TUTOR:

Mercedes Sánchez Barba

COTUTOR:

Beatriz Rivas López

Salamanca, julio de 2020

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Máster en “*Tratamiento De Soporte Y Cuidados Paliativos En El Enfermo Oncológico*”

D^a. Mercedes Sánchez Barba

Doctora en Estadística por la Universidad de Salamanca.

D^a. Beatriz Rivas López

Coordinadora de Ensayos Clínica de Oncóloga Médica del Hospital Universitario de Salamanca.

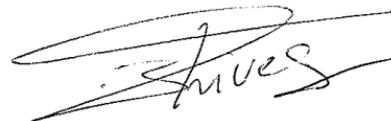
CERTIFICAN:

Que el presente trabajo titulado “*Autopercepción del nivel de competencia en cuidados paliativos de los estudiantes de Ciencias de la Salud en la Universidad de Salamanca*” llevado a cabo por **Mei Fernández Crespo**, ha sido realizado bajo su dirección en el Departamento de Medicina, y reúne, a su juicio, originalidad y contenidos suficientes para que sea presentado ante el tribunal correspondiente y superar el Trabajo de Fin de Máster en “*Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico*” de la Universidad de Salamanca.

Para que conste y surta efecto donde proceda, expide el presente certificado en Salamanca, fecha 7 de julio de 2020.

SANCHEZ
BARBA MARIA
DE LAS
MERCEDES -
07966806C

Firmado digitalmente
por SANCHEZ BARBA
MARIA DE LAS
MERCEDES -
07966806C
Fecha: 2020.07.08
18:03:40 +02'00'



Fdo. Mercedes Sánchez Barba

Fdo. Beatriz Rivas López

AGRADECIMIENTOS

*A mis tutoras, Mercedes y Beatriz,
gracias por vuestra dedicación y trabajo, por guiarme durante todos estos
meses y por todo el aprendizaje. Sin vosotras no hubiera sido posible.*

*A mis padres,
por estar siempre a mi lado en cada una de las decisiones que he tomado,
gracias por vuestro apoyo incondicional siempre.*

*A mi círculo cercano,
por aguantarme en mis mejores y peores momentos, por creer en mí y
acompañarme en cada uno de los pasos que doy.*

*A todos los docentes del máster y personal de la Unidad de
Cuidados Paliativos del Hospital de Los Montalvos
que han contribuido con su tiempo y conocimientos a mi formación,
gracias a vosotros soy mejor profesional.*

ÍNDICE GENERAL

GLOSARIO DE ABREVIATURAS	5
RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1. HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	8
1.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	9
2. FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
3. CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	10
3.1. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.....	10
3.2. CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	11
3.3. OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	12
3.4. NIVELES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	12
4. EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS	13
4.1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA SECPAL.....	14
4.2. EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA	15
5. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	15
5.1. NIVELES FORMATIVOS	15
5.2. SITUACIÓN DE LA DOCENCIA EN EUROPA.....	16
5.3. SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN ESPAÑA.....	18
5.4. RECOMENDACIONES DE PLANES FORMATIVOS.....	20
6. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	21
2. OBJETIVOS	23
1. OBJETIVO PRINCIPAL	24
2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	24
3. MATERIAL Y MÉTODOS	25
1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	26
2. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	26
3. PROCEDIMIENTO	26

3.1.	SELECCIÓN Y ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	26
3.2.	MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	28
3.3.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
4.	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	29
5.	MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
4.	RESULTADOS.....	31
1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	32
1.1.	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	32
1.2.	CONTACTO CON ENFERMOS TERMINALES Y UCP	34
1.3.	FORMACIÓN ACADÉMICA Y PREFERENCIAS PROFESIONALES..	37
2.	RESULTADOS DEL INVENTARIO SIP	41
3.	OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES	43
4.	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES.....	44
4.1.	NIVEL DE PREPARACIÓN SUBJETIVO	44
4.2.	NIVEL DE PROFESIONALISMO	45
4.3.	DESEO DE TRABAJAR EN UNA UCP	47
5.	DISCUSIÓN.....	50
6.	CONCLUSIONES.....	57
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
	ANEXOS	65
	ANEXO 1	66
	ANEXO 2	68
	ANEXO 3	76
	ANEXO 4	81

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AECPAL	Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
CPP	Cuidados Paliativos Pediátricos
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
ECP	Equipo de Cuidados Paliativos
MP	Medicina Paliativa
OMS	Organización Mundial de la Salud
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SIP	<i>Student's Inventory of Professionalism</i>
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
USAL	Universidad de Salamanca

RESUMEN

Introducción: La docencia en Medicina Paliativa es fundamental para adquirir unos conocimientos y competencias básicas en Cuidados Paliativos (CP). Aunque en las últimas décadas ha habido un importante desarrollo de la implantación de planes de CP en los principales grados universitarios en ciencias de la salud, todavía no existen unificación de criterios en dichos planes ni están implementados en todos los grados de salud ni universidades por igual.

Objetivo: Conocer el nivel de competencia autopercebida en el área de los CP de los alumnos universitarios de Grados de Ciencia en la Salud de la Universidad de Salamanca y averiguar la existencia de factores que puedan mejorar su nivel de preparación.

Método: Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, realizado durante los meses de enero a junio de 2020. Se elaboró un cuestionario autoadministrable con preguntas propias y el *Student's Inventory of Professionalism* (SIP) para la recogida de datos y variables del estudio.

Resultados: Los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Salamanca se sienten poco preparados para atender a enfermos terminales. Sin embargo, presentan buenos resultados en el nivel de profesionalismo en el área de CP.

Conclusiones: El tipo de formación recibida y la oportunidad de rotar por una Unidad de Cuidados Paliativos se relaciona con un mejor nivel de preparación subjetivo y, por ende, un mayor deseo de desarrollar su carrera profesional en dichos servicios.

Palabras claves:

Cuidados paliativos, Formación universitaria, Docencia, Profesionalismo, Medicina paliativa, Estudiantes,

1. INTRODUCCIÓN

1. HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El origen de los Cuidados Paliativos (CP) está muy unido a los hospicios. Los primeros hospicios pertenecían a instituciones cristianas y se crearon en el siglo IV. Durante la Edad Media los hospicios eran lugares de paso que ofrecían refugio y alimento a los peregrinos, aunque también acudían a ellos enfermos graves o moribundos a los que se les proporcionaban cuidados. Los hospicios como institución dedicada al cuidado exclusivo de enfermos terminales no surgen hasta el año 1842 en Lyon, Francia, de la mano de Jeanne Garnier, una joven viuda que junto a un grupo de mujeres crea la Asociación de Mujeres del Calvario.

La actitud ante la muerte de la sociedad ha cambiado a lo largo de la historia. A lo largo de la Edad Media la muerte se consideraba como un proceso natural de la vida y se creaban ritos donde los seres queridos se reunían alrededor del lecho de muerte de la persona moribunda. Sin embargo, a partir del siglo XIX la concepción de la muerte cambia y empieza generar mucha preocupación. Con la llegada de la I Guerra Mundial, la muerte se convierte en un tema tabú y se aparta de la vida cotidiana. ⁽¹⁾

El “*Movimiento Hospice*” se considera el inicio de los CP modernos. Su pionera es Cicely Saunders que fundó el St. Christopher’s Hospice en Londres (1967) para la atención de los enfermos moribundos. Saunders sentó las bases de los actuales CP, cuidados basados en una atención holística e integral de todas las necesidades del enfermo. Acuña por primera vez el concepto de “sufrimiento total” para hacer referencia a que el dolor no solo afecta a la dimensión física, sino que también tiene implicaciones emocionales, sociales y espirituales en la vida de esa persona que deben ser atendidas. ⁽¹⁻³⁾

Este movimiento se va desarrollando y expandiendo a todas partes del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 1980 reconoce la importancia de la atención paliativa e incorpora por primera vez el término de Cuidados Paliativos dentro del Programa del Control de Cáncer.

En Europa, los CP se van extendiendo desde finales de los años setenta. A España no llegan hasta principios de los ochenta cuando un grupo de profesionales, inspirados por el *Movimiento Hospice*, comienzan a interesarse en una filosofía distinta de atender a los enfermos en fase terminal y viajan a lugares de Europa donde los CP están más desarrollados para aprender y formarse en Medicina Paliativa (MP).

La creación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) fue promovida por el doctor Jaime Sanz Ortiz en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Marqués de Valdecilla (Santander) en el 1982. También se crea la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) el 8 de enero de 1992, formada por profesionales de diferentes ámbitos y cuyo objetivo principal es impulsar los CP en España. Desde entonces se han abierto más unidades en todo el país. ^(2,4).

1.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La OMS en su 67ª Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra durante los días 19 a 24 mayo de 2014, publicó el documento “*Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*” en el que escribe la situación actual de los CP en el mundo.

Según esta publicación, la OMS estima que a nivel mundial anualmente aproximadamente 40 millones de personas necesitan servicios de soporte de CP. Sin embargo, la atención paliativa no está lo suficientemente integrada en todos los países y existen importantes desigualdades al acceso de tratamientos para el dolor. Esto supone que no todos los pacientes subsidiarios a incorporarse en un programa de CP, reciben una atención de calidad durante la fase terminal de su enfermedad.

En los últimos años se ha producido un importante impulso y promoción de los CP en América Latina. Aun así, a día de hoy todavía existe una baja cobertura a lo que se suma la baja disponibilidad y la dificultad para acceder a analgésicos opioides. ^(2,5)

Aunque en Europa ha habido un desarrollo e integración importante de los CP en los sistemas de salud, casi todos los equipos se encuentran en sus comienzos con programas que se pusieron en marcha a finales de los años 90. La Medicina Paliativa no deja de ser una especialidad “joven” y una modalidad médica nueva en desarrollo. ⁽²⁾

2. FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La filosofía de los CP tiene como núcleo común una serie de valores y principios presentes desde sus inicios: ⁽⁶⁾

1. **Autonomía:** reconocer y respetar el valor de cada persona como un individuo único y autónomo. Esto supone la aceptación del paciente y su familia de los cuidados y el respeto de por parte de los profesionales de las decisiones que tomen en relación a sus cuidados y últimas voluntades.

2. **Dignidad:** proporcionar unos cuidados respetuosos, delicados y sensibles a los valores personales, culturales y religiosos de cada individuo y de acuerdo a la legislación de cada país.
3. **Relación entre el paciente y los profesionales sanitarios:** relación terapéutica y de cooperación con el enfermo y su familia, los cuales colaboran de manera activa en la planificación de los cuidados y abordaje de la enfermedad.
4. **Calidad de vida:** el fin principal y último de los CP es conservar, mejorar y conseguir la máxima calidad de vida posible.
5. **Postura respecto a la vida y la muerte:** los CP ni aceleran ni posponen la muerte. Aceptan el proceso de morir como un proceso natural de la vida.
6. **Comunicación:** uno de los requisitos esenciales en CP es poseer unas buenas habilidades comunicativas que permita establecer una relación terapéutica óptima tanto entre paciente, familia y los profesionales como entre los distintos miembros de un equipo de cuidados paliativos (ECP) y de estos con otros profesionales relacionados.
7. **Educación pública:** fomentar los CP a nivel general y promover la aceptación de la muerte y el duelo como sentimientos naturales de la vida que no deben ser considerados un tabú en nuestra sociedad.
8. **Enfoque interdisciplinar y multiprofesional:** la complejidad de los CP recae en la necesidad de aplicar un enfoque holístico para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Es por ello que resulta imprescindible que un ECP esté formado por profesionales de distintas disciplinas.
9. **Dolor por la pérdida y el duelo:** uno de los ámbitos de trabajo de los CP es la evaluación del riesgo del duelo y dolor ante la pérdida. Los ECP integran esta atención de manera progresiva y continua durante todo el proceso de la enfermedad y, tras la muerte, se ofrece un apoyo a la familia con servicios de duelo y seguimiento del mismo.

3. CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

3.1. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

La Organización Mundial de la Salud define una enfermedad en fase avanzada y terminal como *«aquella enfermedad incurable, avanzada y progresiva, con un pronóstico de vida*

limitado y escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específico, con una evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, que genera un intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora y alta demanda y uso de recursos».

Esto engloba tanto las enfermedades oncológicas como no oncológicas (enfermedades crónicas evolutivas avanzadas) que cumplen con los requisitos mencionados en la definición anterior y que pueden afectar a la población adulta o pediátrica. ⁽⁷⁾

Entre las enfermedades más frecuentes que precisan CP se encuentran, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares (ECV) y el cáncer, seguida por otras enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia renal, las enfermedades neurodegenerativas y las enfermedades infecciosas (VIH/SIDA y tuberculosis farmacorresistentes, entre otras). ⁽⁵⁾

3.2. CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Según la OMS, los Cuidados Paliativos (CP) se pueden entender como *«el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».* ⁽⁷⁾

Esta definición se puede ampliar con el concepto propuesto por la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, también conocida como *European Association for Palliative Care* (EAPC), la cual considera que *«los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. En cierto sentido hacer cuidados paliativos es ofrecer lo más básico del concepto de cuidar – lo que cubre las necesidades del paciente con independencia de donde éste siendo cuidado, bien en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte».*

Es importante conocer la diferencia entre cuidados paliativos y cuidados de soporte. Aunque ambos tipos de cuidado se pueden solapar y tener aspectos en común, no son sinónimos. Los cuidados/tratamientos de soporte son aquellos que se proporcionan para prevenir o abordar la aparición de síntomas físicos y/o psicosociales derivados de un cáncer o como efecto adverso de algunos tratamientos. La principal diferencia entre ambos es que los cuidados de soporte se pueden aplicar cuando todavía hay tratamiento

antineoplásico activo y los cuidados paliativos surgen cuando ya no hay posibilidad de terapia activa. ⁽⁶⁾

3.3. OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia durante la etapa final de una enfermedad terminal. La OMS también establece que el tratamiento paliativo tiene como objeto: ⁽⁷⁾

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso natural de la misma.
- No alargar, ni acorta la vida.
- Aliviar el dolor y otros síntomas (respiratorios, digestivos, neurológicos...)
- Dar apoyo emocional, social y espiritual.
- Fomentar la autonomía del paciente lo máximo posible.
- Apoyar a la familia durante la enfermedad y duelo.

3.4. NIVELES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los CP se aplican a tres niveles: ⁽⁶⁾

- a) **Nivel básico de CP:** se aplican en entornos no especializados y engloba las medidas de control de síntomas (farmacológicas y no farmacológicas), la comunicación con el paciente/familia, la toma de decisiones y la planificación de cuidados consensuados.
- b) **Nivel de CP generales:** en él trabajan profesionales que han recibido formación específica y cuentan con mayor experiencia práctica en CP que otros profesionales, pero que no desempeñan su trabajo en un servicio especializado.
- c) **Nivel de CP especializado:** se dan en servicios especializados cuya actividad principal son los cuidados paliativos. Están integrados por un equipo multidisciplinar que realiza un trabajo interdisciplinar y cuyos miembros están altamente cualificados.

Los tres niveles se recogen en la siguiente tabla extraída del “*Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de Cuidados Paliativos*” de la EAPC.

Tabla 1. Sistema de clasificación de los servicios de cuidados paliativos⁽⁶⁾

Cuidados paliativos				
	Nivel básico	Apoyo especializado para el nivel general		Nivel especializado
<i>Centros para pacientes agudos</i>	Hospital	Servicio de voluntariado “hospice”	Equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos	Unidad de cuidados paliativos
<i>Asistencia de largo plazo</i>	Residencia de mayores y otros medios residenciales		Equipo de atención domiciliaria	Centro “hospice” con unidad de ingreso
<i>Atención a domicilio</i>	Médicos de familia Equipos de enfermería de atención primaria			Equipo de atención domiciliaria, centros de día

4. EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Un Equipo de Cuidados Paliativos (ECP) es un recurso asistencial compuesto por distintos profesionales cualificados que cuentan con una formación sólida en CP. Los ECP ofrecen su asistencia a nivel hospitalario, domiciliario y ambulatorio en el cuidado a personas con enfermedades avanzadas (oncológicas y no oncológicas) y/o en fase terminal.⁽⁸⁾

Un servicio especializado en CP tiene que contar con un equipo multiprofesional que trabaja de manera interdisciplinar. El Consejo de Europa propone una lista con algunos de los profesionales que deberían formar parte de un equipo especializado en CP entre los que se encuentran:⁽⁶⁾

- Facultativos médicos.
- Enfermería.
- Trabajadores sociales.
- Profesional capacitado para prestar apoyo psicológico.
- Personal administrativo, secretarios y ayudantes.
- Fisioterapeutas.
- Profesionales capacitados para prestar apoyo en el duelo.
- Coordinadores de apoyo espiritual.
- Coordinadores de personal voluntario.
- Capellanes.

- Terapeutas ocupacionales.
- Otros: logopedas, dietista, farmacéuticos, terapeutas complementarios, especialistas en tratamiento de heridas, especialistas en linfedema...

4.1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA SECPAL

La SECPAL clasifica los ECP en dos tipos: básicos o completos, según una serie de criterios^(6,8)

- El **equipo básico** debe contar como mínimo con dos profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) con formación específica y dedicación a jornada completa.
- El **equipo completo**, aparte de médicos y enfermeras, se complementa con otros profesionales como psicológicos, trabajadores sociales y/o fisioterapeutas disponibles (ya sea a jornada completa o parcial).

Tabla 2. Criterios de clasificación de los Equipos de Cuidados Paliativos según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos⁽⁸⁾

EQUIPO BÁSICO (EBCP)	EQUIPO COMPLETO (ECCP)
Mínimo formado por 2 profesionales sanitarios (médico + enfermera)	Formado por 4 profesionales (médico + enfermera + psicólogo + trabajador social).
<ul style="list-style-type: none"> - La suma de las dedicaciones de los médicos es igual o mayor al 100%. - La suma de las dedicaciones de las enfermeras es igual o mayor al 100%. 	<ul style="list-style-type: none"> - La suma de las dedicaciones de los médicos es igual o mayor al 100%. - La suma de las dedicaciones de las enfermeras es igual o mayor al 100%. - La suma de las dedicaciones de los psicólogos es igual o mayor al 50%. - La suma de las dedicaciones de los trabajadores sociales es igual o mayor al 50%.
<ul style="list-style-type: none"> - La formación en Cuidados Paliativos de al menos un médico y una enfermera del recurso supera las 140 horas. 	

4.2. EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

Según esta clasificación, en España solo existen 14 equipos completos de CP frente a los 114 equipos básicos. En cuanto a los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), solo se encuentran 3 equipos especializados, uno Cataluña, otro en las Islas Baleares y el tercero en Madrid, de los cuales solo 1 es un equipo completo (el de la Comunidad de Madrid).

En nuestra comunidad autónoma se han identificado 16 recursos asistenciales de CP (Consultar el [Anexo 1](#)), de los cuales, 12 cumplen con los criterios de clasificación de la SECPAL. Entre los recursos que se han podido clasificar en Castilla y León encontramos 8 Equipos Básicos, 2 Unidades Básicas y 2 Unidades Completas de CP.

En concreto en Salamanca existe una Unidad Completa de CP en el Hospital de “Los Montalvos” que ofrece asistencia a nivel hospitalario, en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), y a nivel domiciliario y sociosanitario, con dos Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ámbito urbano y rural).⁽⁸⁾

Tabla 3. Características de la Unidad de Cuidados Paliativos de la provincia de Salamanca (extraída del Directorio de Recursos de la SECPAL)⁽⁸⁾

SALAMANCA	
UNIDAD COMPLETA DE CUIDADOS PALIATIVOS	
CENTRO REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL “LOS MONTALVOS” CARRETERA DE CIUDAD RODRIGO S/N CARRASCAL DE BARREGAS CP: 37192	NÚMERO DE PROFESIONALES 7 Médicos (6 Dedicación 100%) 12 Enfermeras (Dedicación 100%) 2 Psicólogos (Dedicación ≥ 50%) 2 Trabajadores Sociales (1 Dedicación ≥ 50%) 2 Administrativos 3 Capellán/Guía Espiritual 1 Terapeuta Ocupacional 9 Auxiliares Enfermería 9 Celadores
PERSONA DE CONTACTO: FRANCISCO JOSÉ VARA HERNANDO / PROFESIONAL: MÉDICO	
TELÉFONO: 923330163 EXT 292 EMAIL: fjvara@saludcastillayleon.es PÁGINA WEB: www.iepaliativos.com HORARIO DE ATENCIÓN:	
	ÁMBITO DE ATENCIÓN    HOSPITALARIO, DOMICILIARIO, CENTRO SOCIO SANITARIO
	SERVICIOS Visita, Soporte, Interconsulta, Consulta Telefónica, Docencia, Coordinación, Investigación, Consulta Externa

57% del equipo supera las horas de formación específicas definidas por la SECPAL

5. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

5.1. NIVELES FORMATIVOS

La formación de los profesionales sanitarios en CP es imprescindible para realizar una atención sanitaria integral y holística del enfermo terminal. Dicha formación puede variar

desde una educación más básica a nivel pregrado a otra más específica en el caso de los especialistas que trabajan en una UCP. Es por ello que algunas organizaciones han establecido distintas clasificaciones del nivel de formación que se puede adquirir en CP. (7,9)

La EAPC establece tres niveles de formación: (9)

- A. **Nivel básico:** formación durante los estudios universitarios y ocasionalmente a aquellos profesionales que atienden a pacientes en situación paliativa.
- B. **Nivel profesional:** formación dirigida a aquellos sanitarios que trabajan habitualmente con enfermos terminales.
- C. **Nivel especialista:** formación para profesionales que trabajan específicamente en las UCP.

Por otro lado, la *Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos* (AECPAL) clasifica los niveles de competencia en CP según el tipo de formación adquirida en: (7)

- A. **Competencia básica:** impartida a nivel pregrado.
- B. **Competencia intermedia:** formación continuada.
- C. **Competencia avanzada:** especialización y posgrado.

Algo que tienen en común todas estas clasificaciones es la importancia de que los profesionales del ámbito de la salud adquieran un nivel básico de competencia en CP y dicha formación debería adquirirse durante los estudios universitarios pregrado.

La OMS integra como una de sus políticas para la extensión de los CP una línea destinada a «*reforzar y ampliar la dotación de recursos humanos, en especial por la enseñanza y formación de los profesionales de la asistencia sanitaria, para atender debidamente las necesidades de asistencia paliativa*». Esto pone en manifiesto el reconocimiento de la OMS sobre la enseñanza y formación en asistencia paliativa a todos los estudiantes de las facultades de medicina, enfermería y otros proveedores de atención paliativa. (5)

5.2. SITUACIÓN DE LA DOCENCIA EN EUROPA

La EAPC ha hecho una gran labor en la promoción y expansión de la docencia teórica y práctica en CP para los futuros profesionales de Ciencias de la Salud en Europa. Para ello, ha publicado una serie de guías con recomendaciones sobre la educación en CP,

incluyendo no solo a los grados de medicina y enfermería sino también a psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. ^(6,10)

En el año 2004, la EAPC publicó una guía orientativa de la formación en MP para el grado de enfermería. Más tarde, en el 2009, este grupo de trabajo también reconoció su importancia a nivel posgrado. No fue hasta el año 2013 cuando recomienda la formación de MP en todos los estudiantes de medicina pregraduados mediante la implantación de asignaturas de CP en todas las facultades de medicina de Europa.

Dado que la MP es una especialidad médica relativamente nueva, la formación en CP se está incorporando de manera progresiva en los planes docentes. En Europa ha habido un gran desarrollo en las dos últimas décadas. A principios del siglo XXI, la MP solo se impartía en 2 facultades de medicina en Europa. En 2010, el Congreso Nacional de la SECPAL identificó 9 facultades con formación en CP. Un estudio del año 2012 en el que se revisó los planes de estudios como consecuencia de la adaptación de los grados al plan Bolonia, ya mostraban 20 facultades que incorporaba docencia en MP o CP. ^(11,12)

Aunque en las últimas décadas se ha visto un mayor auge de formación básica en CP en las universidades europeas, esta se ha producido de manera heterogénea ⁽¹⁰⁾. Un estudio desarrollado por la EAPC en el que se estudiaba cuántos países europeos ofrecían docencia pregrado en CP evidenció que, de los 42 países que se incluyeron dentro del estudio, aproximadamente un 65% incluían la asignatura de MP dentro de su currículo formativo. Los resultados del estudio se recogen en la siguiente tabla. ⁽¹¹⁾

Tabla 4. *Facultades de medicina que ofrecen formación en MP en Europa.* ⁽¹¹⁾

Países <u>con</u> docencia en MP (n=28)	MP en todas sus facultades	13
	MP en >50% de sus facultades	5
	MP en <50% de sus facultades	10
Países <u>sin</u> docencia en MP		4

En cuanto al carácter de la asignatura, no existen criterios unificados lo que demuestra que no hay igualdad de oportunidades para todos los estudiantes de adquirir estos conocimientos. Mientras que en algunos países se ofrece en todas las facultades como asignatura obligatoria, hay otros como Italia, Portugal o Rusia donde solo se ofrece en algunas facultades y de manera opcional.

Tabla 5. *Característica de la asignatura de MP en las facultades de medicina de Europa.* ⁽¹¹⁾

Asignatura obligatoria	En todas las facultades del país	6
	Según criterio de la facultad	11
Asignatura optativa	Ofrecida en todas las facultades	3
	Algunas facultades	8

Dentro de este estudio, en España la asignatura de MP se imparte en más de la mitad de las facultades del país. Sin embargo, queda en decisión de cada universidad el ofertarla como asignatura obligatoria o como optativa. ⁽¹¹⁾

5.3. SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN ESPAÑA

Una formación básica en cuidados paliativos forma parte de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, incidiendo que dicha formación debe ser impartida a todos los profesionales de grados en Ciencias de la Salud durante su formación pregraduada.

Las facultades de Ciencias de la Salud tienen entre sus objetivos que sus estudiantes adquieran las competencias necesarias para el desarrollo de su ejercicio profesional, como viene reflejado en la *Orden ECI/322/2008* del Ministerio de Educación y Ciencia que establece como una competencia fundamental el adquirir los conocimientos para tratar las enfermedades en fase terminal, siendo este un requisito para el ejercicio de la profesión de la medicina. ⁽⁷⁾

Sin embargo, en la actualidad la formación en CP solo se encuentra implementada en las titulaciones de medicina y enfermería, por lo que estudiantes de otros grados como psicología, trabajo social, fisioterapia o terapia ocupacional no tienen la oportunidad de adquirir estas competencias durante sus años universitarios. Además, tampoco existe una unificación en los planes de estudio a nivel nacional para las facultades y grados que sí imparten docencia en CP.

En cuanto a enfermería, un estudio nacional (Valles et al., 2013) llevado a cabo en el 2011, revisó los planes de estudios del grado de enfermería, tanto en universidades públicas como privadas de España, y los resultados reflejaron que, aunque en todas las universidades españolas se imparte algún tipo de formación en CP, no hay unificación de

criterios (ni en cuanto al número de créditos que debería tener ni a las horas dedicadas), por lo que los estudiantes no tenían la misma oportunidad de recibir una formación básica. Los resultados (recogidos en la Tabla 6) muestran que el 63,39% de las facultades de enfermería impartía CP como una asignatura propia (de los cuales 46% como materia obligatoria y la otra mitad como optativa). El resto de universidades dedicaban algún módulo dentro de otra asignatura (entre las más comunes: enfermería del adulto, cuidados de enfermería en situaciones críticas, enfermería geriátrica, enfermería clínica). En cuanto a los créditos oscilaban de 3-6 ECTS. ⁽⁹⁾

Tabla 6. *Características de la asignatura de CP en los grados de enfermería de las facultades de España.* ⁽⁹⁾

Facultades de Enfermería incluidas en el estudio (n=112)		
Asignatura propia de CP (n=71)	Obligatoria	55
	Optativa	16
Temario dentro de otra asignatura	41	

Por otro lado, un estudio similar (Vaquero et al., 2014) revisó los planes de estudio de las unidades españolas del grado de medicina mostrando resultados similares en cuanto a la falta de criterios comunes en la docencia paliativa.

Según los resultados de esta investigación (resumidos en la Tabla 7), solo la mitad de las facultades incluidas en el estudio contaban con una asignatura denominada MP o CP dentro de sus planes de estudio y se solía impartir entre los cursos de 4º-6º de medicina. Solo en 6 facultades se impartía de manera única como asignatura exclusiva con una carga de 3 ECTS, mientras que en el resto forma parte de otra asignatura (generalmente oncología, geriatría y medicina de familia) variando los créditos entre 3 y 12 ECTS. ⁽¹²⁾

Tabla 7. Características de la asignatura de MP en los grados de medicina en las facultades de España.⁽¹²⁾

Facultades de Medicina incluidas en el estudio (n=39)		
Con asignatura de MP o CP (n=20)	Obligatoria	14
	Optativa	6
Sin asignatura en MP o CP	19	

5.4. RECOMENDACIONES DE PLANES FORMATIVOS

La situación actual de la formación en CP a nivel global sigue siendo deficiente pese al importante desarrollo que ha tenido lugar en los últimos años. Algunos de los obstáculos encontrados según diversos estudios son los siguientes:

- Los CP no están implementados en todos los planes de estudios pregrado y tampoco están integrados en algunos grados universitarios sociosanitarios.
- La falta de criterios comunes y unificación de los planes formativos en materia de MP o CP, tanto a nivel nacional como europeo.

Es por ello que dentro de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS se recomienda:⁽⁷⁾

- Aumentar las actividades formativas en los tres niveles de formación (básico, intermedio, avanzado).
- Planificar la formación unificando criterios a nivel nacional.

Existen varias las instituciones que están concienciadas con este problema y como posible solución se han dedicado a elaborar guías y programas sobre posibles planes formativos en CP que recojan las competencias, objetivos y contenidos que deberían tener. El objetivo es conseguir que todos los estudiantes tengan la misma oportunidad de adquirir una formación básica y de calidad en CP mediante la unificación de criterios a nivel nacional.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Algunos ejemplos encontrados durante la revisión bibliográfica sobre los contenidos que estos programas deberían incorporar se recogen en los siguientes artículos.

- Recomendaciones de la AECPAL sobre la formación de grado en Enfermería.
(Ver [Anexo 2](#))⁽¹⁴⁾

- Recomendaciones de la EAPC para el desarrollo de la especialidad en Medicina Paliativa. ⁽¹³⁾
- Guía para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en CP. ⁽¹⁵⁾

Aunque dichos programas difieren en cuanto al nivel formativo a los que se imparten (nivel pregrado o especializado), se pueden resumir una serie de contenidos básicos que deben estar presentes en cualquier plan de estudios de una asignatura de CP. Estos contenidos se pueden clasificar en los siguientes bloques temáticos:

1. Bases y principios de los CP.
2. Control del dolor y otros síntomas
3. Aspectos psicológicos y espirituales.
4. Aspectos éticos y legales.
5. Habilidades comunicativas y de acompañamiento.
6. Trabajo en equipo.

La AECPAL recomienda que la formación en CP pregrado se imparta cumpliendo lo siguientes criterios: ⁽¹⁴⁾

- a) Asignatura específica de carácter obligatorio.
- b) Impartida en los últimos cursos del grado (cuando los estudiantes ya hayan adquirido competencias básicas y conocimientos troncales y hayan tenido la oportunidad de haber tenido experiencias clínicas prácticas)
- c) La carga lectiva tenga un mínimo de 6 ECTS.
- d) El profesor que imparta la materia debe tener formación intermedia o avanzada en CP y con experiencia clínica en CP de mínimo un año.

6. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

La atención integral y holística de un enfermo terminal requiere de un ECP multidisciplinar compuesto por profesionales de distintas áreas. Dichos profesionales deben recibir una formación básica en CP, preferiblemente durante sus estudios universitarios, ya que, aunque no desarrollen su actividad asistencial en una UCP específica, es frecuente que cualquier profesional sanitario se encuentre en algún

momento de su carrera profesional atendiendo a una persona durante el final de su vida.
(5,14)

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) reconoce la importancia de una formación básica en CP en los estudios pregrado para todos los estudiantes de grados de Ciencias de la Salud relacionados con la atención paliativa y pretende descubrir cuál es el nivel de preparación en CP de los estudiantes de la Universidad de Salamanca (USAL) y los factores que puedan influir a sentirse mejor preparados para atender a enfermos terminales.

2. OBJETIVOS

1. OBJETIVO PRINCIPAL

Averiguar el nivel de competencia autopercebida, las actitudes y la motivación en el área de Cuidados Paliativos de los alumnos universitarios de grados en Ciencias de la Salud en la Universidad de Salamanca.

2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Conocer el tipo de formación pregrado recibido en Cuidados Paliativos y el nivel de satisfacción y preparación subjetivo de los estudiantes con dicha formación académica.
2. Analizar qué factores influyen en el nivel de preparación de los estudiantes para atender a pacientes con enfermedad terminal.
3. Evaluar si las personas que se sienten mejor preparadas son también las que muestran mayor interés por trabajar en una Unidad de Cuidados Paliativos.
4. Conocer cuál consideran los estudiantes que es el papel de su categoría profesional dentro de un Equipo de Cuidados Paliativos.
5. Comparar si hay diferencias entre los distintos grados universitarios en la percepción de su competencia para trabajar en Cuidados Paliativos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, con el objetivo de descubrir el nivel de competencia para atender a pacientes con enfermedad terminal de los estudiantes de último año de Ciencias de la Salud y valorar qué factores pueden influir a su nivel de preparación. El estudio abarcó los meses de enero-junio de 2020.

2. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población de estudio estaba conformada por estudiantes universitarios de alguna rama de las Ciencias de la Salud en la Universidad de Salamanca que satisficieran los siguientes criterios de inclusión:

1. Estudiante matriculado en el último año y que esté cursando como mínimo la mitad de asignaturas del último curso de alguno de los siguientes grados de Ciencias de la Salud:
 - a) Grado en Medicina.
 - b) Grado en Enfermería.
 - c) Grado en Psicología.
 - d) Grado en Fisioterapia.
 - e) Grado en Terapia Ocupacional.
2. Ser mayor de 18 años y estar en plena capacidad de sus funciones.
3. Deseo de participar voluntariamente en la investigación.

Se excluyeron del estudio a los participantes que no cumplían los criterios anteriores.

3. PROCEDIMIENTO

La realización de este trabajo de investigación se dividió en dos fases. La primera fue la selección y elaboración del instrumento (encuesta) y una segunda etapa referente a la recogida de datos.

3.1. SELECCIÓN Y ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ante la incapacidad de encontrar un instrumento que satisficiera todos los requisitos para la consecución de los objetivos propuestos, se procedió a elaborar un cuestionario *ad hoc* que recogiera los datos de interés para el estudio. Para su diseño se partió de una revisión

de la bibliografía con estudios y artículos relacionados con la línea de investigación de este trabajo.

El cuestionario (Ver [Anexo 3](#)) está compuesto por los siguientes instrumentos:

- A. **Encuesta** de elaboración propia para la recogida de variables sociodemográficas y datos sobre experiencias previas y formación académica recibida en CP. Se diseñaron 13 preguntas cerradas de selección única o múltiple, 3 preguntas de valoración con escala Likert de 5 puntos y una pregunta abierta y opcional para conocer la opinión de los encuestados sobre la importancia de su categoría profesional en un ECP.
- B. ***Student's Inventory of Professionalism (SIP)***, inventario validado y elaborado por personal docente e investigador de la Universidad de Navarra. Se utiliza para evaluar el desarrollo profesional de estudiantes en relación a la enseñanza en medicina paliativa. Recoge un total de 33 afirmaciones divididas en siete dimensiones importantes en la asistencia en CP. Dichas afirmaciones se deben puntuar de 0 a 10 según su grado de acuerdo con la misma. ⁽¹⁶⁾

Tabla 8. *Estructura de la encuesta*

Encuesta (17 preguntas)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos generales (6 preguntas) ▪ Experiencia con enfermos terminales y/o CP. (Preguntas 1-5) ▪ Formación académica y preferencias personales (Preguntas 6-11)
SIP (33 ítems)	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuidado holístico (11 ítems) b) Cuidar y comprender (6 ítems) c) Crecimiento personal (4 ítems) d) Trabajo en equipo (3 ítems) e) Toma de decisiones (6 ítems) f) Valoración del paciente (2 ítems) g) Ser profesional de la salud (1 ítem)

3.2. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos comprendió los meses de enero a marzo de 2020. Los sujetos que intervinieron en el estudio fueron elegidos por muestreo no probabilístico consecutivo. El investigador principal se puso en contacto con docentes que impartían clase a los estudiantes objeto de estudio para acordar una reunión presencial con cada grupo donde se expuso los puntos clave del proyecto y se les facilitó el cuestionario autoadministrable para su cumplimentación.

La muestra obtenida estaba conformada por 132 sujetos, de los cuales se excluyeron, por no cumplir alguno de los criterios, a 20 encuestados resultando una muestra final de 112 participantes.

La declaración del estado de alarma como consecuencia del COVID-19 condujo a la necesidad de replantearse y modificar la idea inicial del trabajo. Ante la dificultad dada las circunstancias para el investigador de reunirse presencialmente con los estudiantes, quedaron fuera del estudio los alumnos pertenecientes a los grados de Psicología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

Los objetivos planteados y los resultados obtenidos se reajustaron a los datos que se tenían recogidos previos al estado de alarma, por lo que el estudio se ha realizado en estudiantes de Medicina y Enfermería.

3.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación en el estudio fue totalmente voluntaria, quedando en decisión del alumno rellenar o no el cuestionario y con la opción de poder abandonar el mismo en cualquier momento.

Los datos obtenidos se manejaron de manera confidencial por los investigadores tanto en la recogida como procesamiento de los datos, asegurando en todo momento el anonimato del encuestado.

En cuanto a la evaluación y aprobación por parte del Comité Ético, previo a la recogida de datos se contactó en primer lugar con el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario de Salamanca que nos remitió la idoneidad de presentarlo al Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca al ir el estudio dirigido a estudiantes de la universidad. Sin embargo, dada la situación actual surgida por la pandemia de COVID-19, todo el proceso se paralizó y no se llegó a finalizar los trámites.

4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Las mayorías de las variables estudiadas son cualitativas, nominales u ordinales, a excepción de la puntuación para cada dimensión del inventario SIP y el resultado total que son variables cuantitativas.

- a) **Variables sociodemográficas:** sexo, edad, grado universitario y creencias religiosas.
- b) **Variables relacionadas con la experiencia y formación académica:** se les preguntó por el contacto previo con personas que sufrían alguna enfermedad grave y/o en fase terminal, si habían sufrido alguna pérdida, así como su impacto, si conocían o habían rotado por una UCP, qué tipo de formación específica habían recibido en esta materia y su valoración personal sobre la importancia de recibir formación en CP.
- c) **Variables del Inventario SIP:** 33 ítems (escala de 1 a 10) divididos en siete bloques temáticos cuya puntuación máxima del inventario son 330 puntos.

5. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la creación de la base de datos y su posterior análisis se ha utilizado el programa estadístico *IMB SPSS Statistics*, versión 25.0. La elaboración de las tablas y los gráficos se han realizado con *Word* y *Excel 2016*.

Para el estudio descriptivo de las variables se ha usado distribuciones de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; y cálculo de media y desviación típica para las cuantitativas.

En el estudio comparativo se han empleado el test Chi-cuadrado para el análisis de variables cualitativas. También se han utilizado el test t de Student y el análisis de varianza (ANOVA) en datos que seguían una distribución normal, si los grupos a comparar eran dos o más de dos respectivamente. En el caso de no seguir una distribución normal, se ha utilizado las pruebas no paramétricas correspondientes de los test anteriormente nombrados, la U de Mann-Whitney (comparación de dos grupos) y test de Kruskal Wallis (intervención más de dos grupos). El nivel de significación estadística empleado fue de $< 0,05$.

Para analizar las relaciones entre las distintas dimensiones del cuestionario SIP se ha llevado a cabo con un análisis multivariante HJ-Biplot (Galindo, 1986). El programa utilizado ha sido el *MultBiplot* (Villardón, 2016).

Un Biplot (Gabriel, 1971) es una representación gráfica de datos multivariantes. De la misma manera que un diagrama de dispersión muestra la distribución conjunta de dos variables, un BIPLLOT representa tres o más variables. (Gabriel y Odoroff, 1990).

Una modificación de los métodos Biplot introducidos por Gabriel es la conocida como representación HJ-Biplot (Galindo, 1986), con el que se consigue la misma calidad de representación para filas que para columnas y que, además, es más alta que en los Biplot clásicos de Gabriel.

Desde el punto de vista del usuario, los biplots serán importantes porque su interpretación se basa en conceptos geométricos sencillos:

1. La similitud entre individuos es una función inversa de la distancia entre los mismos, sobre la representación biplot.
2. En determinados tipos, las longitudes y los ángulos de los vectores que representan a las variables, se interpretan en términos de variabilidad y covariabilidad respectivamente.
3. Las relaciones entre individuos y variables se interpretan en términos de producto escalar, es decir, en términos de las proyecciones de los puntos "individuo" sobre los vectores "variable".

4. RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Un total de 132 alumnos participaron en la encuesta durante el periodo comprendido entre los meses de enero y marzo de 2020. Se descartaron los cuestionarios respondidos por alumnos de medicina que estaban cursando 5° curso por no cumplir criterios de inclusión.

La muestra del estudio final quedó conformada por un total de 112 participantes, de los cuales un 58,9% (n=66) pertenecían al grado de Medicina y el 41,1% (n=46) restante a Enfermería.

Tabla 9. Distribución de frecuencias y descriptivos de las variables sociodemográficas

	MEDICINA N = 66 (58,9%)	ENFERMERÍA N=46 (41,1%)	TOTAL N=112
SEXO			
<i>Hombre</i>	19 (28,8%)	3 (6,5%)	22 (19,6%)
<i>Mujer</i>	47 (71,2%)	43 (93,5%)	90 (80,4%)
EDAD (años)			
<i>Media y Desviación</i>	23,36 ± 1,104	21,39 ± 0,754	22,57 ± 1,378
<i>Mínimo</i>	22	20	20
<i>Máximo</i>	28	24	28
CREENCIAS RELIGIOSAS			
<i>Sí</i>	23 (34,8%)	9 (19,6%)	32 (28,6%)
<i>No</i>	32 (48,5%)	31 (67,4%)	63 (56,3%)
<i>No contesta</i>	11 (16,7%)	6 (13%)	17 (15,2%)

La edad de los participantes comprendía entre los 20 y 28 años, siendo la edad media de 22,57 años con una desviación típica de 1,38 años. El mayor porcentaje de los participantes fueron mujeres (80,4%), siguiendo la tendencia en las últimas décadas de un notable predominio femenino en los grados de Ciencias de Salud. (Tabla 9)

En función del grado, cerca de un tercio de los encuestados en medicina eran varones, mientras que en enfermería supuso solo un 6,5%, datos concordantes con lo que se

reproduce en la población de estudio ya que, en general, la mayoría de los estudiantes de enfermería son mujeres. (Gráfico 1)

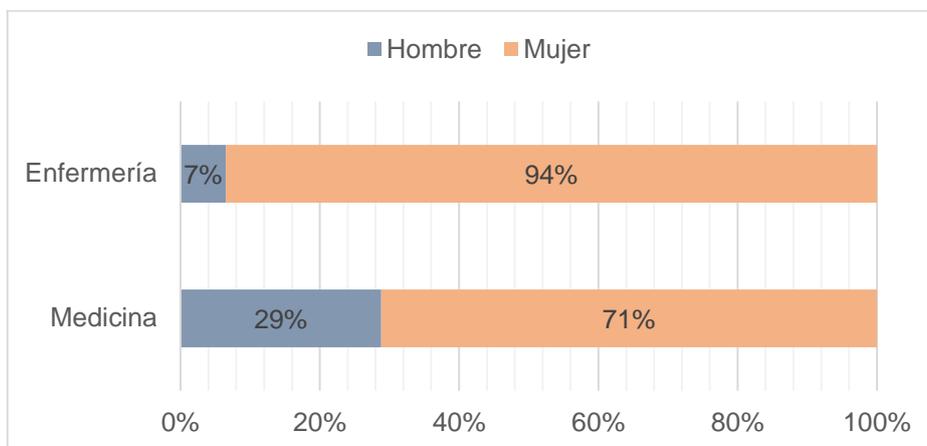


Gráfico 1. *Distribución de frecuencias del sexo según grado universitario.*

El cuanto a las creencias religiosas, la mitad de los encuestados (56,3%) no manifestaron tener creencias frente a solo un tercio de los participantes que eran creyentes de alguna religión. A la pregunta sobre qué religión creían, todos los que contestaron a dicha pregunta eran creyentes del cristianismo católico (n= 31).

En el Gráfico 2 se resumen la distribución de las creencias religiosas según el grado universitario. Los estudiantes de enfermería son menos creyentes que los de medicina, los cuales un 34,8% manifestaron tener creencias religiosas en comparación con enfermería que apenas llegaba a un 20%.

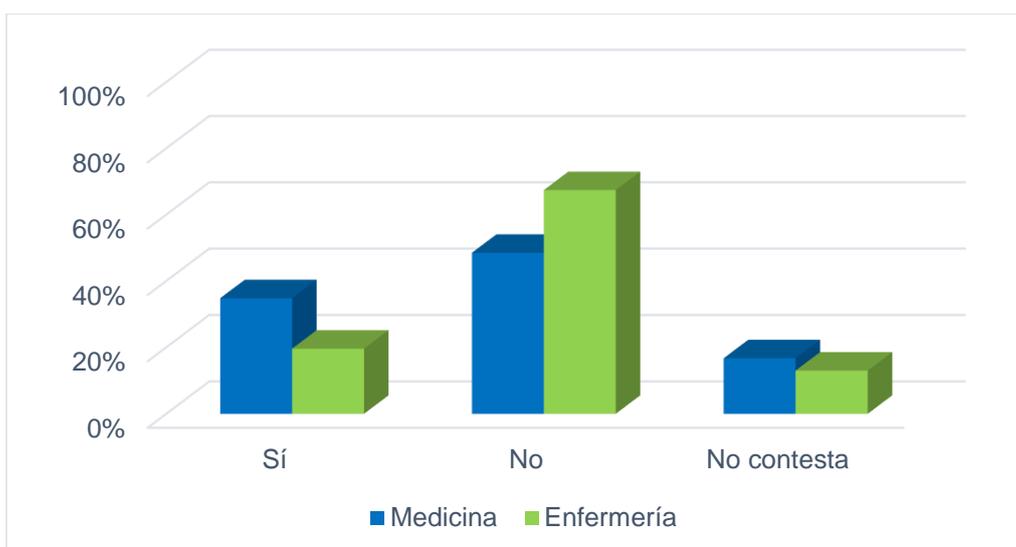


Gráfico 2. *Distribución de frecuencias de la variable creencias religiosas clasificada según el grado universitario.*

1.2. CONTACTO CON ENFERMOS TERMINALES Y UCP

Prácticamente la totalidad de los participantes (99,1%) manifestaron haber estado en contacto con personas con enfermedades avanzadas en fase terminal, siendo la situación más frecuente, dada la naturaleza de dichos grados, durante la realización de las prácticas clínicas (86,5%). La segunda causa más frecuente fue cuando dicho enfermo era un familiar, amigo u otro ser querido cercano (56,8%). Solo un encuestado (0,9%) refirió no haber estado nunca en contacto con un enfermo terminal. (Tabla 10)

Tabla 10. *Distribución de frecuencias del contacto con enfermos terminales y los principales motivos*

CONTACTO CON ENFERMOS TERMINALES	TOTAL (N=112)
Sí	111 (99,1%)
<i>Ser querido</i>	63 (56,8%)
<i>Prácticas clínicas</i>	96 (86,5%)
<i>Motivo profesional</i>	4 (3,6%)
<i>Voluntariado</i>	7 (6,3%)
No	1 (0,9%)

Se refleja en el Gráfico 3 los principales motivos de los estudiantes segmentado según su grado, mostrando un porcentaje mayor de estudiantes de enfermería (93,5%) que estuvieron en contacto durante sus rotaciones de prácticas, mientras que en medicina esta situación supone un 80,3% de los encuestados.

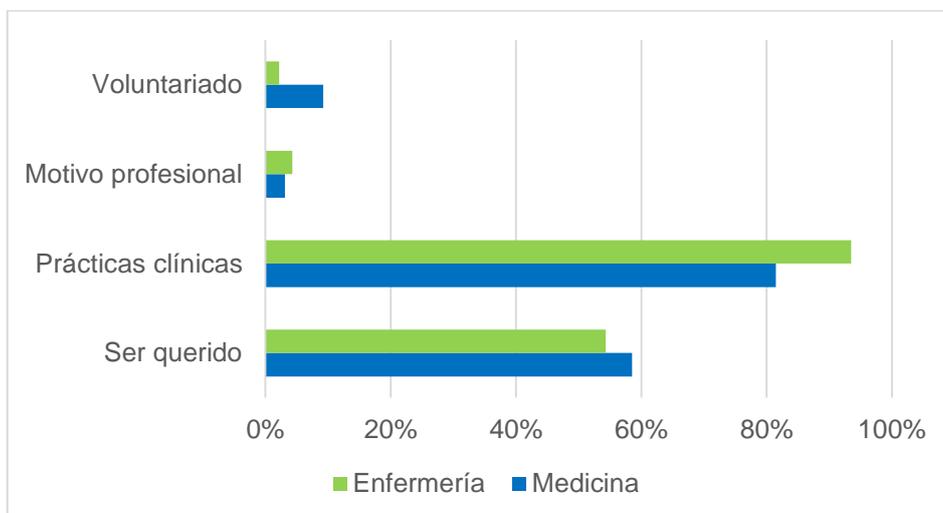


Gráfico 3. *Distribución de frecuencias de las principales situaciones de contacto con enfermos terminales clasificado por grado universitario.*

Aproximadamente la mitad de los estudiantes que estuvieron en contacto (99,1%) con un enfermo terminal valoraron esta experiencia como neutra (55,1%), es decir, una “situación compleja y que no deja indiferente, pero que forma parte del proceso natural de la vida”. Un 35,5% la pudieron describir como positiva (“experiencia enriquecedora que contribuyó a su desarrollo personal/profesional”) y para el 9,3% restante fue negativa. El Gráfico 4 muestra que para los estudiantes de enfermería la experiencia fue ligeramente más positiva que para los de medicina.

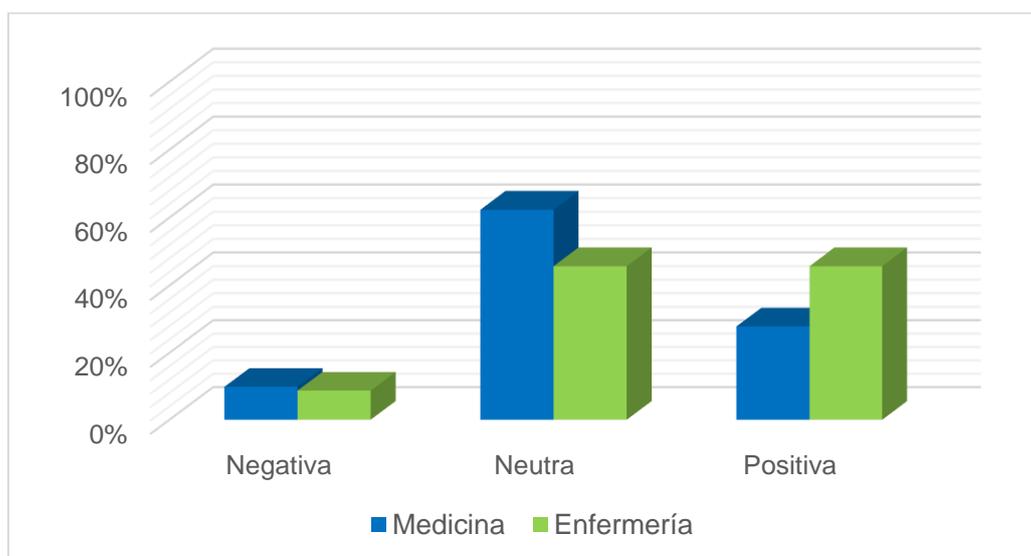


Gráfico 4. Distribución de frecuencias de valoración de la experiencia de contacto con enfermo terminal clasificada según el grado universitario.

Un 82% del total de los estudiantes encuestados habían sufrido la pérdida de un ser querido cercano, de los cuales aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de ellos sintieron que esta situación supuso un cambio en su forma de ver la vida y la muerte. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de frecuencias de la pérdida de un ser querido y su impacto clasificado según el grado universitario.

SUFRIR UNA PÉRDIDA	MEDICINA (N=66)	ENFERMERÍA (N=46)	TOTAL (N=112)
Sí	54 (83,1%)	37 (80,4%)	91 (82%)
<i>Cambio en la vida</i>	38 (70,4%)	30 (81,1%)	68 (74,7%)
<i>No cambio</i>	16 (29,6%)	7 (18,9%)	23 (25,3%)
No	11 (16,9%)	9 (19,6%)	20 (18%)

Estas cifras se mantienen semejantes cuando lo clasificamos según el grado universitario. Sin embargo, de los que han sufrido una pérdida, a un 10% más de los estudiantes de enfermería (80,4%) esta situación tuvo un impacto en su vida en comparación con los de medicina, a los que cerca de 1/3 no supuso ningún cambio. (Gráfico 5)

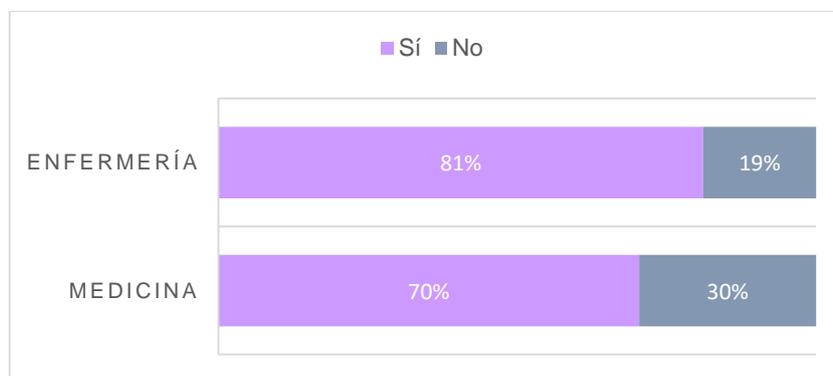


Gráfico 5. Distribución de frecuencias sobre si la pérdida de un ser querido supuso un cambio en su vida, clasificado por grado universitario.

Pese a la importancia que tienen el facultativo médico y el personal de enfermería dentro de un ECP, solo un 13,5% de los estudiantes encuestados habían tenido la oportunidad de conocer el funcionamiento de una UCP. En los Gráficos 6 y 7 se refleja la distribución según grado mostrando resultados muy similares entre ambas carreras universitarias, aunque siendo ligeramente más positiva en enfermería.

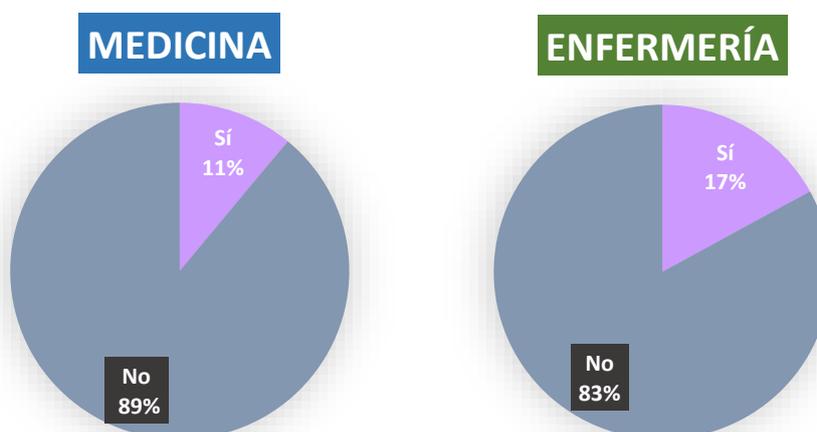


Gráfico 6 y 7. Distribución de frecuencias sobre el conocimiento del funcionamiento de una UCP clasificado según el grado universitario.

A los alumnos que no han estado en una UCP (86,5%) se les preguntó si les gustaría rotar por la misma y un porcentaje importante de ellos (81,3%) mostraron interés en realizar una rotación de prácticas en esta unidad, teniendo mayor deseo los alumnos de enfermería (86%) respecto a los de medicina (79%). (Gráfico 8)

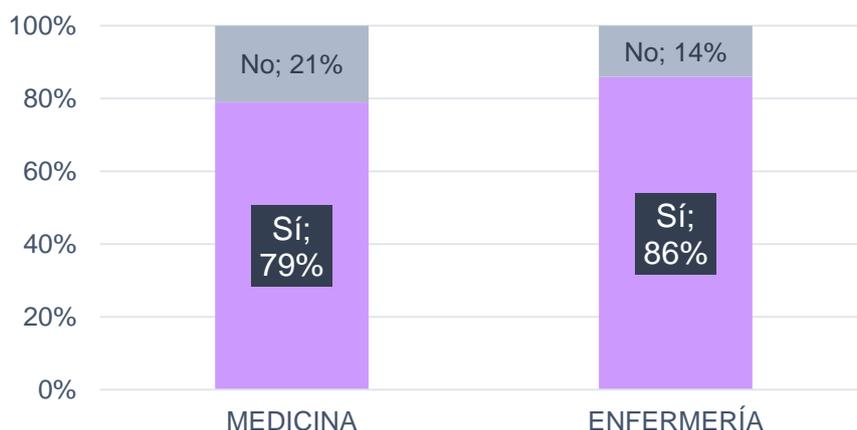


Gráfico 8. Distribución de frecuencias sobre el interés por rotar por una UCP clasificado según grado universitario.

1.3. FORMACIÓN ACADÉMICA Y PREFERENCIAS PROFESIONALES

La formación académica específica en Cuidados Paliativos impartida en los grados de Medicina y Enfermería de la USAL que se recoge en sus Guías Académicas se resume en la próxima tabla.

Tabla 12. Asignaturas relacionadas con CP impartidos en los grados de Medicina y Enfermería de la USAL según las Guías Académicas.

GRADO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CURSO	CRÉDITOS
<i>Medicina</i>	Oncología Médica y Cuidados Paliativos	Asignatura obligatoria	6º	6 ECTS
<i>Enfermería</i>	Enfermería en Cuidados Paliativos	Asignatura obligatoria	4º	3 ECTS

En ambos grados la formación en CP se imparte el último año de formación, apostando por una asignatura obligatoria, aunque difieren en los créditos universitarios, teniendo más peso en el grado de medicina.

A la pregunta qué tipo de formación en CP habían recibido en su carrera, la respuesta de los estudiantes de enfermería coincidió con las guías (asignatura obligatoria). Sin embargo, en los estudiantes de medicina hubo distintas respuestas motivadas por sesgos de error. Los resultados vienen reflejados en la Tabla 13.

Tabla 13. *Distribución de frecuencias de las respuestas a la pregunta tipo de formación específica recibida en CP de los alumnos de medicina.*

TIPO DE FORMACIÓN	MEDICINA (N=66)
Asignatura obligatoria	19 (28,8%)
Bloque temático dentro de otra asignatura	39 (59,1%)
Ningún tipo de formación	8 (12,1%)

Derivado de una confusión relacionada con la redacción de las opciones se confundió “Asignatura de carácter obligatoria” con “Bloque temático dentro de otra asignatura. Cuando se redactó el cuestionario, la opción “Asignatura de carácter obligatoria” hacía referencia a una asignatura específica donde solo se impartiera CP. Ante la disparidad de respuestas y dado que todos los estudiantes estaban cursando la misma asignatura y en el mismo centro la respuesta al tipo de formación debería ser la misma, el investigador principal indagó de donde podría venir dichas respuestas.

Se llegó a la conclusión de que la asignatura en el grado de medicina, “*Oncología Médica y Cuidados Paliativos*”, es una asignatura de carácter obligatorio (como se recoge en las guías académicas y se refleja en la Tabla 12) pero, teniendo en cuenta los objetivos a la hora de redactar las opciones de respuesta, se ajusta más a la opción de un bloque temático dentro de otra asignatura ya que no es una asignatura dedicada exclusivamente a los CP, como es el caso del grado de enfermería. La opción “No recibir ningún tipo de formación” se explica, como especificaron algunos alumnos en el cuestionario, de que en el momento que se realizó el estudio todavía no habían llegado a dar las clases relacionadas con CP (la materia de CP se impartía en febrero y el cuestionario se pasó a finales de enero).

En cuanto al grado de importancia de que en su grado se impartiera formación en CP, los estudiantes de ambos grados lo consideraron entre importante (43,8%) y muy importante (50%). El resultado a dicha valoración sigue el mismo patrón en medicina y enfermería por lo que el gráfico recoge la valoración del total de los encuestados. (Gráfico 9)

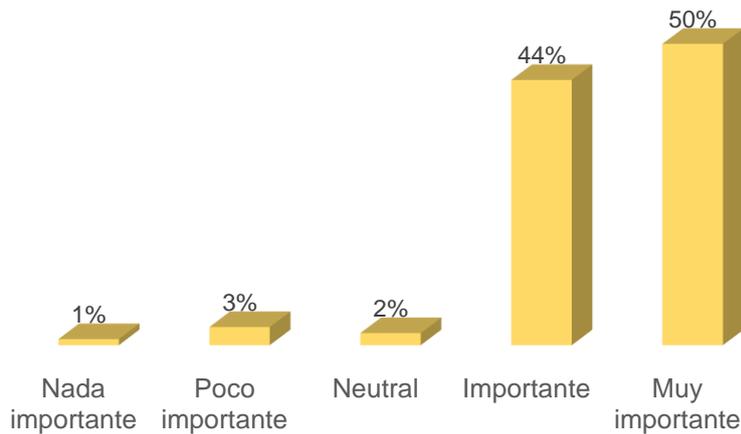


Gráfico 9. Distribución de frecuencias sobre el grado de importancia de recibir formación en CP.

Sobre el nivel de preparación subjetivo para trabajar con enfermos terminales en el momento actual, la mayoría manifestaron sentirse poco preparados (43,8%) o moderadamente preparados (29,5%). Solo un 13,4% se sentían preparados. En la comparativa por grado universitario destaca que un 51,5% de los estudiantes de medicina refirieron sentirse poco preparados. (Gráficos 10)

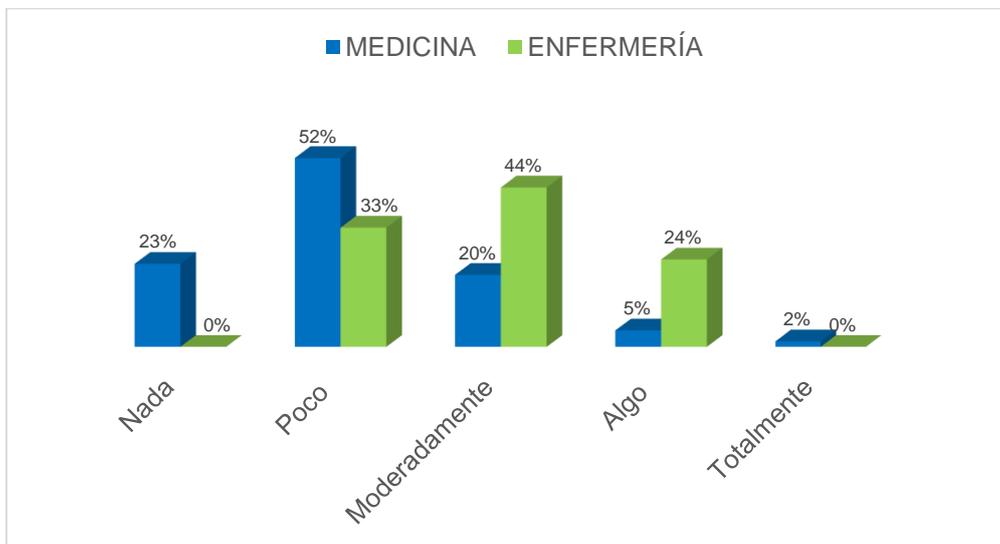


Gráfico 10. Distribución de frecuencias sobre el nivel de preparación subjetivo clasificado según grado universitario.

En cuanto al nivel de satisfacción personal con la formación recibida, los alumnos del grado de Medicina también se mostraron menos satisfechos en comparación con los estudiantes de enfermería, los cuales, de estos últimos, la mitad de ellos estaban bastante satisfechos. Sin embargo, esto se puede explicar porque en el momento que se realizó la encuesta los alumnos del grado de medicina todavía no habían recibido las clases específicas de CP. (Gráfico 11)

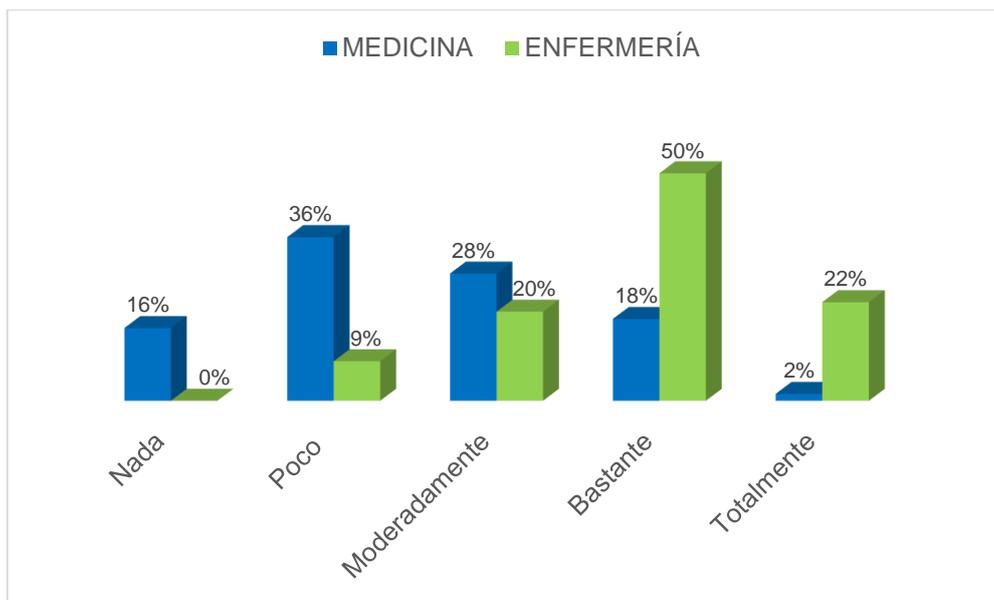


Gráfico 11. *Distribución de frecuencias sobre el nivel de satisfacción personal con la formación recibida clasificada por grado universitario.*

Por último, en lo referente a las preferencias profesionales, solo un 11,6% de los participantes les gustaría trabajar en una UCP. Destaca que los estudiantes de enfermería (19,6%) mostraron un mayor deseo respecto a los alumnos de medicina, los cuales solo un 6,1% respondieron que sí a la pregunta. En el caso de medicina, un 37,9% de los participantes no querían trabajar en CP, muy superior al porcentaje de enfermería (10,9%). La mayoría de los estudiantes, tanto de medicina como de enfermería, refieren que no les importaría trabajar en CP (61,6%), pero prefieren otros servicios. (Gráfico 12)

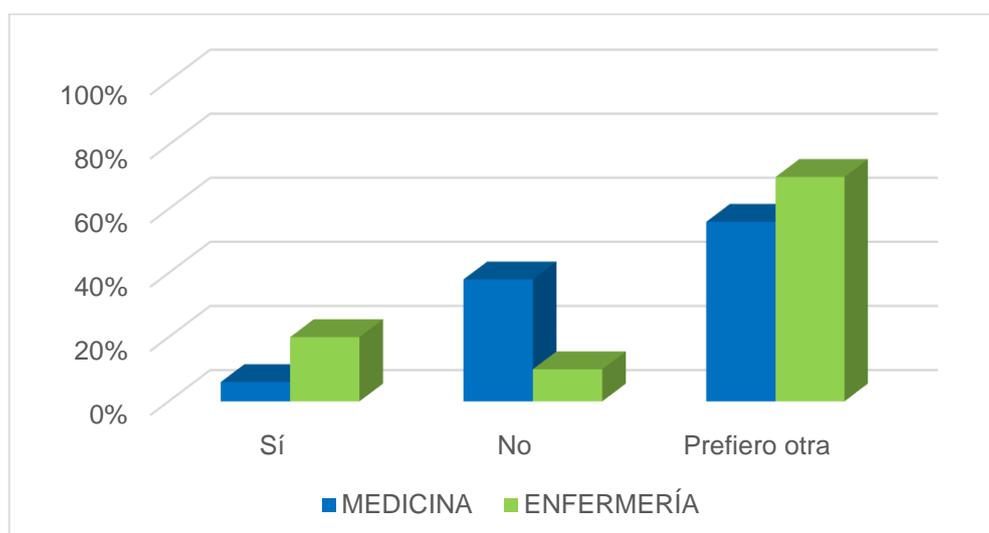


Gráfico 12. *Distribución de frecuencias sobre el deseo de trabajar en un futuro en una UCP según grado universitario.*

2. RESULTADOS DEL INVENTARIO SIP

El inventario SIP es un instrumento que mide el nivel de profesionalismo de los estudiantes de rama sanitaria. Se crea para evaluar la efectividad que los programas e intervenciones educativas tienen a la hora de adquirir las competencias necesarias que un profesional de la salud debería poseer para trabajar con enfermos terminales. ⁽¹⁶⁾

En la Tabla 14 se recoge la media y desviación típica de los estudiantes de medicina y enfermería para cada dimensión que estudia el inventario SIP, además de la puntuación global del SIP. Los resultados demostraron que los alumnos de medicina y enfermería, los cuales reciben formación en CP durante su preparación pregrado, obtuvieron buenas puntuaciones para cada dimensión.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del inventario SIP segmentado según el grado universitario.

DIMENSIONES SIP	MEDICINA (N=66)	ENFERMERÍA (N=46)	p-valor
<i>Cuidado Holístico</i> (0-110)	76,27 ± 13,157	81,54 ± 12,552	0,021
<i>Cuidar y comprender</i> (0-60)	48,47 ± 6,587	50,07 ± 7,951	0,059
<i>Crecimiento personal</i> (0-40)	34,73 ± 4,689	36 ± 4,243	0,107
<i>Trabajo en equipo</i> (0-30)	25,83 ± 3,817	28,07 ± 2,453	0,000
<i>Toma de decisiones</i> (0-60)	51,11 ± 5,489	51,14 ± 6,108	0,920
<i>Valoración del paciente</i> (0-20)	13,68 ± 2,813	14,61 ± 3,187	0,072
<i>Ser profesional de la salud</i> (0-10)	8,79 ± 1,220	8,6 ± 1,941	0,630
TOTAL (0-330)	259,60 ± 26,982	268,75 ± 33,219	0,047

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones dadas por los estudiantes de medicina y enfermería en la dimensión *Cuidado holístico* y en la puntuación total del SIP. Estas diferencias fueron altamente significativas para la dimensión *Trabajo en equipo*. (Tabla 14)

A continuación, se muestran la distribución de las puntuaciones de las dimensiones donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los estudiantes de enfermería y de medicina. Para esas tres dimensiones (SIP total, Cuidado holístico y Trabajo en equipo) se observó que los alumnos de enfermería tuvieron puntuaciones más altas en comparación con los compañeros del grado de medicina. (Gráficos 13-15)

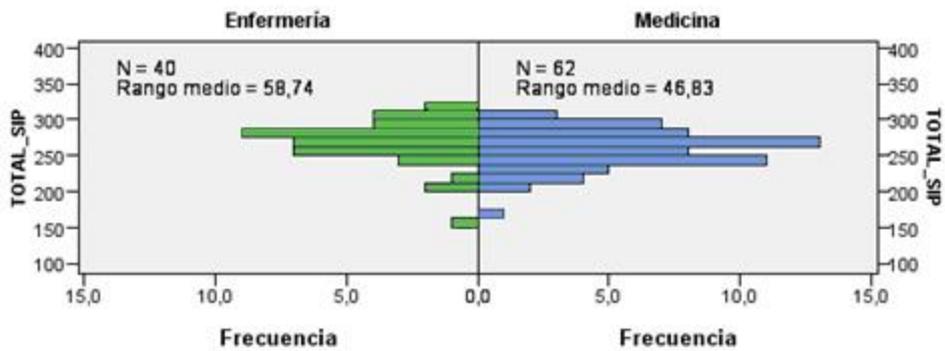


Gráfico 13. Distribución de la puntuación total del SIP según grado universitario.

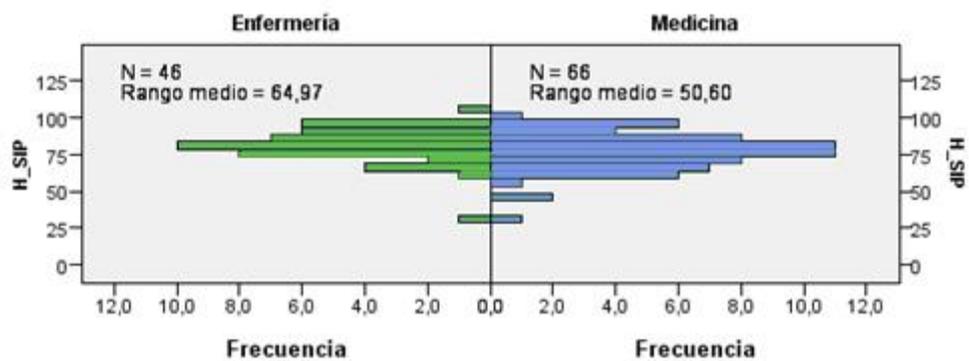


Gráfico 14. Distribución de la puntuación para la dimensión Cuidado holístico según grado universitario.

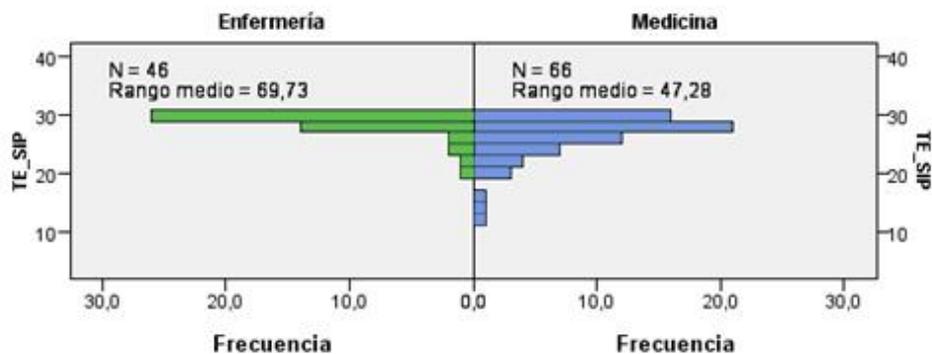


Gráfico 15. Distribución de la puntuación para la dimensión Trabajo en equipo según grado universitario.

La media y desviación estándar para cada ítem vienen recogidas en el [Anexo 4](#). En la mayoría de los ítems la puntuación es similar y con una puntuación media entre 7-9. Sin embargo, cabe destacar que los ítems que menos puntuación recibieron fueron: “*He aprendido a dar malas noticias a los pacientes*” ($\bar{x} = 4,68 \pm 2,149$) y “*Me veo capaz de manejar correctamente mis emociones al tratar a los pacientes en situaciones complejas*” ($\bar{x} = 6,28 \pm 2,263$). Esto demuestra que las habilidades comunicativas (comunicar malas noticias) y el manejo emocional son una de las grandes dificultades que experimentan los estudiantes de grado sanitario a la hora de trabajar con enfermos terminales.

3. OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Se les pidió a los participantes, de manera opcional y voluntaria, que describieran brevemente su opinión sobre cuál era el papel de su profesión dentro de un equipo de CP.

Se obtuvieron un total de 63 respuestas (tasa de respuesta del 47,7%), 42 de estudiantes de medicina y 21 de enfermería. Entre las expresiones o palabras más repetidas se encontraron: *familia* (27 comentarios), *alivio del dolor/sufrimiento* (17 comentarios), *calidad de vida* (17 comentarios) y *acompañar* (16 comentarios).

En el análisis posterior de las opiniones, se clasificó el contenido de los comentarios según los principios de los CP propuestos por la OMS. Los resultados se recogen en el gráfico siguiente, donde se muestra que los estudiantes de medicina y enfermería consideran que su papel dentro de un ECP es fundamental para la mejora de la calidad de vida y el alivio del dolor y otros síntomas. Otras de las referencias más repetidas son el soporte y apoyo familiar y la atención integral de todas las necesidades del paciente, integrando las dimensiones psicológicas y espirituales. (Gráfico 16)



Gráfico 16. *Distribución de frecuencias de las opiniones de los participantes clasificados según los principios de CP de la OMS.*

4. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

Para la consecución de los objetivos del presente trabajo se han analizado las siguientes variables obteniendo los resultados que se expondrán a continuación.

4.1. NIVEL DE PREPARACIÓN SUBJETIVO

En cuanto al nivel de preparación subjetivo que sienten los estudiantes para trabajar con enfermos terminales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las variables: creencias religiosas ($p = 0,385$), contacto previo con un enfermo terminal ($p = 0,163$) o sufrir alguna pérdida personal ($p = 0,170$). Por lo tanto, el tener creencias religiosas, independientemente de la religión, o haber perdido a un ser querido cercano no son factores que influyen para que los estudiantes se sientan mejor preparados.

Sin embargo, aunque no se ha visto relación del nivel de preparación con el haber tenido contacto previo con un enfermo terminal, sí que existen diferencias estadísticamente significativas con la valoración que se atribuye a dicha experiencia ($p = 0,008$). El nivel de preparación está altamente relacionado con el impacto que tiene el acompañar a un enfermo terminal, de tal forma que aquellos que consideraban dicha experiencia como negativa se sentían menos preparados para atender a enfermos en fase terminal. En cambio, los que llegaron a encontrar algo positivo o “enriquecedor” mostraron un nivel de preparación más alto. (Gráfico 17)

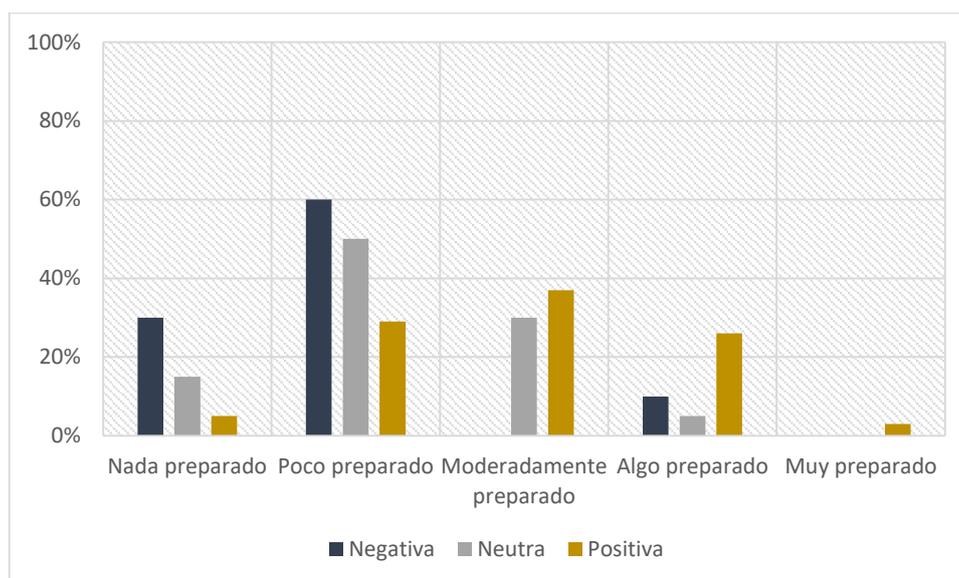


Gráfico 17. Distribución de frecuencias del nivel de preparación según la valoración de la experiencia de acompañar a enfermos terminales.

La oportunidad de conocer previamente el funcionamiento de una UCP también mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,006$), de tal forma que aquellos participantes que pudieron conocer una UCP se sentían más preparados en comparación con los que no. Es decir, la oportunidad de rotar por una UCP está altamente relacionado con un mejor nivel de preparación subjetivo. (Gráfico 18)

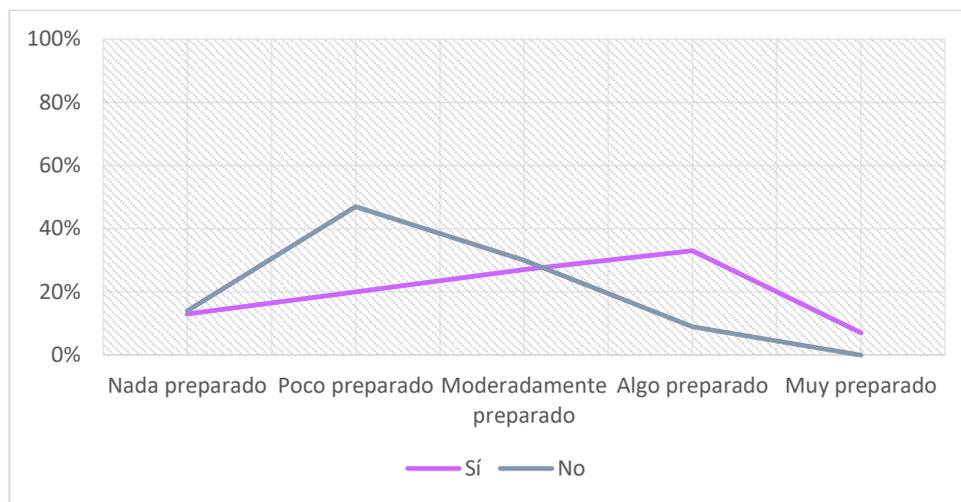


Gráfico 18. Distribución del nivel de preparación según la variable conocer el funcionamiento de una UCP.

4.2. NIVEL DE PROFESIONALISMO

En el Gráfico 19 se pueden analizar las relaciones conjuntas que existen entre las siete dimensiones que conforman el inventario SIP para la evaluación del nivel de profesionalismo en el ámbito de CP.

Las dimensiones *Cuidado Holístico* y *Trabajo en Equipo* están altamente relacionadas, y con ellas, aunque en un grado menor *Cuidar y Comprender* y *Valoración del paciente*. Estas cuatro dimensiones son pilares imprescindibles dentro de la filosofía de los CP, ya que para ofrecer una atención integral e individualizada a cada paciente es necesario saber realizar una valoración global de todas las necesidades y trabajar dentro de un equipo multidisciplinar formado por distintos profesionales.

También se relacionan, aunque con menor intensidad, las variables *Crecimiento Personal* con *Ser Profesional de la Salud* (interiorizar y reflexionar sobre las experiencias clínicas nos ayudan a ser mejores profesionales) y *Valoración del paciente* con *Toma de Decisiones* (una correcta valoración de las necesidades nos orienta a tomar mejores decisiones individualizadas a cada paciente). Sin embargo, las dimensiones *Toma de*

Decisiones y Ser Profesional de la Salud forman un ángulo cercano a 90° por lo que están incorreladas. (Gráfico 19)

Además, en el gráfico también vemos que hay tres clústeres. El primero de ellos en el que los individuos aparecen representados en color rosa, que dan valores altos en todas las dimensiones del cuestionario SIP. El clúster formado por los individuos que tienen puntuaciones altas en *Crecimiento Personal* y *Ser Profesional de la Salud*, pero bajas en el resto. Y un tercer clúster (individuos en color verde) que puntúan con valores bajos en todas las dimensiones.

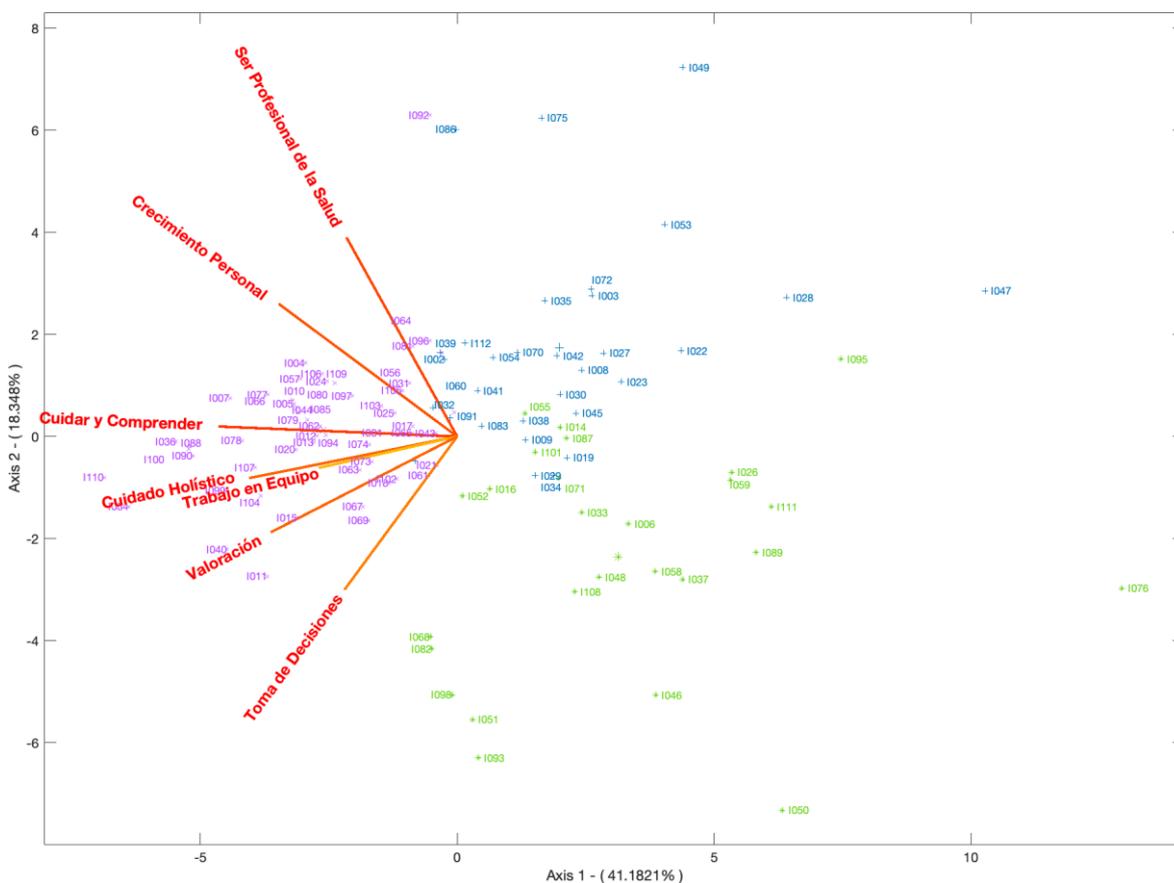


Gráfico 19. Biplot de las relaciones entre las dimensiones del profesionalismo según el inventario SIP.

Por otro lado, al analizar la relación entre el nivel de profesionalismo y el conocer el funcionamiento de una UCP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni para el SIP total ni para cada una de sus dimensiones ($p > 0,05$). Por lo tanto, el haber tenido la oportunidad de conocer una UCP no influye en el nivel de profesionalismo.

Sin embargo, para el nivel de preparación subjetivo hay diferencias estadísticamente significativas con el *SIP total* ($p = 0,018$) y en especial con la dimensión *Cuidado*

Holístico ($p = 0,005$). Para el resto de dimensiones no hay diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

En la siguiente tabla se recogen la media y desviación típica de las dimensiones del SIP en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el nivel de preparación. Se observó que aquellos estudiantes que refirieron niveles más altos de preparación presentaron mejores puntuaciones en el profesionalismo total y en la dimensión cuidados holísticos. (Tabla 15)

Tabla 15. *Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SIP total y cuidado holístico según el nivel de preparación.*

	Nivel de preparación				
	Nada (n=15)	Poco (n=49)	Moderadamente (n=33)	Algo (n=14)	Muy (n=1)
SIP Total (0-300)	254,46 ± 38,91	257,15 ± 29,45	268,31 ± 27,48	280,31 ± 14,73	298
Cuidado holístico (0-110)	71,4 ± 17,68	75,98 ± 13,40	81,33 ± 9,68	86,57 ± 6,64	95

4.3. DESEO DE TRABAJAR EN UNA UCP

La mayoría de los encuestados manifestaron que no les importaría trabajar en una UCP, pero preferían realizar su trabajo en otra área distinta (61,6%). Con la intención de conocer que factores pueden influir para que los estudiantes de grados sanitarios deseen trabajar en una UCP se analizaron las variables nivel de preparación, rotación previa por UCP y nivel de profesionalismo.

En relación al nivel de preparación subjetivo para atender a enfermos terminales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$) observándose que ambas variables están altamente relacionadas. En general, los participantes del estudio manifestaron encontrarse poco o moderadamente preparados para atender a enfermos terminales, por lo que sus preferencias iban más relacionadas a no querer trabajar en CP o preferir otras áreas. (Tabla 16)

Tabla 16. *Distribución de frecuencias del deseo de trabajar en una UCP según el nivel de preparación para atender enfermos terminales*

		Deseo de trabajar en una UCP		
		Sí (n=13)	No (n=30)	Otro (n=69)
Nivel de preparación	<i>Nada preparado</i>	0	2	13
	<i>Poco preparado</i>	3	15	31
	<i>Moderadamente preparado</i>	3	12	18
	<i>Algo preparado</i>	6	1	7
	<i>Muy preparado</i>	1	0	0

En cuanto a la oportunidad de conocer el funcionamiento de una UCP también se encontraron diferencias altamente significativas ($p = 0,001$) al relacionarlo con el deseo de trabajar en un futuro en una UCP, de tal manera que aquellos que tuvieron la oportunidad de rotar por una UCP y conocen como funcionaba manifestaron mayor deseo comparados con aquellos que no. (Gráfico 20)

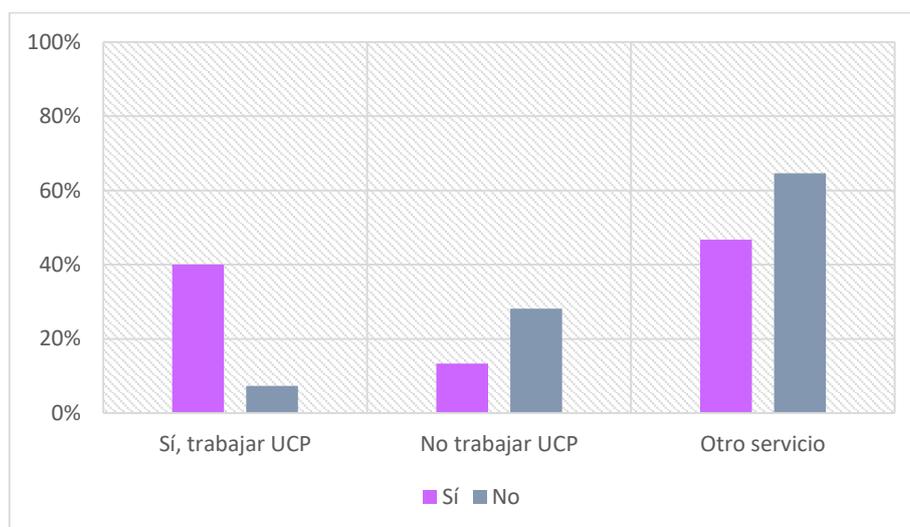


Gráfico 20. *Distribución de frecuencias del deseo de trabajar en CP comparado con conocer previamente el funcionamiento de una UCP.*

El nivel de profesionalismo es importante para la futura práctica profesional. Este estudio ha demostrado que el nivel de profesionalismo total del SIP ($p = 0,003$) y la dimensión *Cuidado Holístico* ($p = 0,039$) se relacionan con el deseo de trabajar en UCP. En particular, las dimensiones *Cuidar* y *Comprender* ($p = 0,005$), *Crecimiento Personal* ($p = 0,003$) y *Trabajo en Equipo* ($p = 0,006$) están altamente relacionadas.

En la tabla siguiente se recogen la media y desviación típica para cada dimensión del SIP en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al deseo

de trabajar en un servicio de CP. En todas las dimensiones se observa una tendencia similar, aquellos estudiantes que sí mostraban deseo obtuvieron mejor puntuación respecto a los que no querían trabajar en CP. No obstante, aquellos encuestados que no les importaría, pero preferían desarrollar su ejercicio profesional en otra área tuvieron una media mejor que los que no, aunque algo inferior comparados con los que sí. (Tabla 17)

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SIP que muestran diferencias significativas para el variable deseo de trabajar en una UCP.

	Trabajar en CP		
	Sí (n=13)	No (n=30)	Otro (n=69)
<i>SIP Total</i> (0-330)	282,17 ± 18,46	250,47 ± 30,80	265,75 ± 28,71
<i>Cuidado Holístico</i> (0-110)	85,77 ± 10,08	75,03 ± 12,53	78,54 ± 13,44
<i>Cuidar y comprender</i> (0-60)	54 ± 4,16	46,23 ± 9,50	49,46 ± 5,86
<i>Crecimiento personal</i> (0-40)	37,08 ± 2,87	32,93 ± 4,73	35,91 ± 4,37
<i>Trabajo en equipo</i> (0-30)	28,54 ± 1,73	25,20 ± 3,98	27,09 ± 3,29

5. DISCVSIÓN

El objetivo principal de este trabajo es conocer el nivel de competencia en CP de los estudiantes de último año de grados en Ciencias de la Salud de la USAL. Por motivos ajenos a nuestro control expuestos anteriormente, solo se pudieron incluir al estudio los alumnos de los grados de Medicina y Enfermería.

La muestra final de los participantes que cumplían con todos los criterios de inclusión quedó conformada por 112 sujetos, de los cuales el 59% eran estudiantes de medicina y el 41% restante de enfermería.

La edad media dado que solo se seleccionó a los que estaban matriculados en los últimos años de dichos grados fue de $22,57 \pm 1,38$ años, teniendo en cuenta que, si se han superado todos los cursos sin tener que repetir más de dos convocatorias, los alumnos de medicina suelen terminar la carrera con 23-24 años y los de enfermería con 21-22.

La distribución de los encuestados según el sexo mostró un claro predominio femenino (80,4%), fenómeno que se corresponde con una mayor tendencia en las últimas décadas de mujeres cursando grados en Ciencias de la Salud gracias a una apertura cultural y una mayor igualdad de género en este ámbito. En el caso de enfermería, la profesión enfermera y los cuidados tradicionalmente han estado más unidos a la figura de la mujer que a la del hombre, por lo que desde siempre ha existido un predominio femenino en la carrera de enfermería (caso que se corrobora en nuestro estudio con un 94% de los participantes de enfermería mujeres).

En relación al contacto con enfermos terminales, los resultados de este trabajo concuerdan con otras investigaciones. Casi todos los participantes (99%) manifestaron haber estado en contacto con una persona en situación terminal o de últimos días. Solo una persona refirió no haber estado nunca en contacto con un paciente con enfermedad avanzada y terminal, algo inusual dada la naturaleza de los grados a los que pertenecían los encuestados y que, al estar cursando su último año de formación pregrado, ya había podido realizar rotación por varios servicios clínicos.

En cuanto al motivo por los que han tenido dicho contacto, los resultados obtenidos son similares a otro estudio (Kirkpatrick et al., 2019) realizado exclusivamente en estudiantes de enfermería ⁽¹⁷⁾. En nuestra muestra, la causa principal de experiencias en cuidados al final de la vida fue la realización de prácticas clínicas (86%), siendo el segundo motivo más frecuente a través de un familiar o ser querido (57%). En el estudio citado anteriormente, las siguientes causas fueron con un 35% el trabajo y un 1% el voluntariado

⁽¹⁷⁾, en comparación con nuestro trabajo en el que el voluntariado supuso un 6% y por motivo profesional un 4%.

La mayoría de los estudiantes refirieron haber sufrido la pérdida de un ser querido cercano, una experiencia que les ha tocado vivir a una edad relativamente joven (teniendo en cuenta que el máximo de edad de la muestra era de 28 años). Dicha experiencia tuvo un impacto en la forma de ver la vida y la muerte en el 75% de ellos, sin especificar la naturaleza de este cambio.

Sin embargo, ninguna de estas experiencias previas ni las creencias religiosas demostró tener relación con el nivel de preparación para atender a enfermos terminales o con el nivel de profesionalismo, por lo que se puede concluir que el haber estado en contacto con vivencias relacionadas con el proceso de morir no te hace sentir mejor preparado ni ser mejor profesional en CP.

Estos resultados concuerdan con investigaciones previas en las que tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las creencias religiosas y el cuidar a pacientes en fase terminal con las actitudes ante la muerte de los estudiantes. ⁽¹⁷⁾

Sin embargo, uno de los factores que demostró aumentar el nivel de preparación fue la valoración en positivo del hecho de acompañar a un enfermo o a su familia durante la fase terminal de una enfermedad. Aquellos alumnos que consiguieron sacar un aprendizaje de una situación tan difícil y compleja, mostraron un mejor nivel de preparación en comparación con aquellos que la calificaron como neutra o negativa.

En diversos estudios se ha demostrado la relación existente entre resiliencia y nivel de sobrecarga por los cuidadores, de tal forma que aquellos que presentan niveles más altos de resiliencia, experimentan menos sobrecarga de trabajo. La resiliencia es la capacidad de adaptarse a las situaciones adversas y salir fortalecido de las mismas. Es un recurso y herramienta importante para el abordaje del sufrimiento en CP. En estudios sobre la resiliencia y el síndrome de Burnout, se revela que la resiliencia se relaciona con una menor presencia de desgaste profesional. Las personas resilientes muestran una mayor eficacia en los cuidados, presentan menor agotamiento y un afrontamiento positivo que mejora la calidad de vida del propio profesional. ^(18,19)

Por otro lado, otras investigaciones señalan que aquellos profesionales con pocos recursos de afrontamiento experimentan sentimientos de culpa excesivos cada vez que fallece un paciente ^(20,21). Esto podría explicar por qué aquellos alumnos que valoraron como

negativa la experiencia de acompañar a enfermos terminales y/o sus familias se sentían nada o poco preparados para trabajar con ellos.

Numerosos estudios señalan la importancia de la formación en CP para la adquisición de conocimientos y habilidades básicas en esta materia y defienden que dicha docencia se debería impartir durante la formación pregrado en los principales grados en Ciencias de la Salud, con el objetivo de que sus estudiantes adquirieran un perfil de competencias básico en CP ⁽⁷⁾. Según estas investigaciones, los programas formativos sobre atención paliativa correctamente diseñados mejoran el afrontamiento a la muerte de dichos estudiantes, aumentan su nivel de preparación, competencia y seguridad para trabajar con pacientes en proceso del final de la vida y repercute positivamente en el procesamiento emocional y gestión del sufrimiento. ⁽²¹⁻²³⁾

La Universidad de Salamanca apuesta por la formación en CP en los grados de Medicina y Enfermería, siendo una asignatura obligatoria en ambas carreras. Esto satisface también las necesidades de los estudiantes de adquirir un perfil básico en CP ya que prácticamente el 94% de los participantes de nuestro trabajo valoraban entre importante y muy importante recibir formación en CP en su grado universitario. Sin embargo, se diferencia la manera de impartir la asignatura en dichos grados, siendo una asignatura específica en enfermería y un bloque temático dentro de otra asignatura en medicina.

La mayoría de estudiantes de enfermería refirieron encontrarse entre bastante y totalmente satisfechos con la formación recibida, mientras que en medicina estaban poco o moderadamente satisfechos. No obstante, estos resultados no son del todo representativos ya que en el momento de cumplimentar la encuesta (enero 2020) dichos estudiantes todavía no habían impartido las clases relacionadas con MP por lo que la tendencia de esa puntuación a ser más negativa se puede explicar dentro de este contexto.

Además de los conocimientos teóricos, también es importante adquirir las competencias prácticas en CP. A pesar de que la USAL apuesta por la docencia en MP, los programas de prácticas clínicas ofertan muy pocas plazas a los estudiantes para realizar sus rotaciones en servicios de CP, siendo un área deficiente en nuestra universidad.

Los resultados de nuestro estudio reflejaron que solo un 13% de los alumnos habían tenido la oportunidad de conocer una UCP. Estos resultados concuerdan con un estudio similar (Al-Azri et al., 2020) llevado a cabo en Oman a estudiantes de último año de

medicina y enfermería donde un 69% de ellos no habían teniendo ninguna experiencia en una UCP. ⁽²⁴⁾

Esta carencia de rotaciones prácticas no está motivada por una falta de interés por parte de los alumnos, ya que el 81% de los encuestados que no habían podido pasar por una UCP dijeron que les gustaría poder ir en caso de que se les ofreciera esta oportunidad. Por lo tanto, esto refleja que los estudiantes de medicina y enfermería se interesan por los CP. Por ejemplo, en la Universidad Sultán Qaboos, en Omén, donde la integración de los CP en la docencia no está tan desarrollada como en Europa, cerca del 71% de sus estudiantes de medicina y enfermería opinaron que los CP deberían incluirse en su perfil curricular pregrado. ⁽²⁴⁾

Las prácticas clínicas en un servicio de CP es un recurso de gran interés para la adquisición de competencias relacionadas con la MP. Los resultados de este trabajo mostraron que la oportunidad de conocer una UCP se relacionaba positivamente con el nivel de preparación, en especial con la dimensión de cuidados holísticos y, por ende, al conocer el funcionamiento de dicha unidad y sentirse mejor preparados también se relacionaba con un mayor interés en trabajar en un futuro en CP.

Es importante conocer las motivaciones que llevan a los profesionales a trabajar en el ámbito de CP ya que, en nuestro país, a día de hoy, todavía no existe una especialidad médica o de enfermería para el abordaje específico de los pacientes con enfermedad terminal. Aunque en algunos países de Europa existe la especialidad o subespecialidad médica de Medicina Paliativa (como en Reino Unido, Irlanda, Francia, Alemania, Letonia, entre otros), en nuestro país los especialistas que trabajan en UCP vienen de distintas especialidades muy variadas como Medicina Familiar y Comunitaria, Anestesiología y Tratamiento del dolor, Medicina Interna... ⁽¹³⁾

Los datos conseguidos con el presente estudio mostraron que el 62% de los alumnos encuestados preferían ejercer su profesión en otro servicio distinto, aunque no les importaría trabajar en una UCP. Solo un 12% expresaron un deseo explícito de trabajar en un servicio de CP. Esto tiene un nivel de relación muy alto con el nivel de preparación subjetivo que los estudiantes creen tener. En general, los participantes de nuestro trabajo mostraron un nivel bajo (el 73% refirieron encontrarse entre poco y moderadamente preparados).

Aparte del cuerpo teórico de una asignatura en CP y de la oportunidad de realizar prácticas clínicas en un servicio de CP, varios estudios que siguen esta línea de investigación también han demostrado la efectividad de la simulación clínica a la hora de aumentar el nivel de competencia en CP. ^(17,25)

Algunas de las principales dificultades que encontraron nuestros estudiantes a la hora de trabajar con enfermos terminales fueron las referentes a comunicar malas noticias y manejar las emociones en estas situaciones tan complejas. La puntuación de dichos ítems en el inventario SIP fueron las más bajas de todo el inventario con una $\bar{x} = 4,68 \pm 2,149$ y de $6,28 \pm 2,263$ respectivamente.

Otras investigaciones demuestran resultados similares al considerar estas dos áreas como las que más dificultad suponen para los estudiantes. En un estudio llevado a cabo sobre estudiantes de medicina (Nagore-Ancona et al., 2017) se evaluó la efectividad de la simulación clínica en 3 áreas: la atención médica general, la comunicación de malas noticias y el manejo del contagio emocional. El área con menor competencia por parte de los estudiantes fue el relacionado con el manejo de las emociones ⁽²⁵⁾. Según otra investigación (Pastrana et al, 2015), transmitir malas noticias y asistir a la familia de un paciente que acaba de fallecer son las situaciones que más incomodidad generan en los estudiantes ⁽²³⁾. También se encontró una relación entre el miedo a la muerte con peores actitudes hacia el cuidado al final de la vida según el estudio de Bermejo et al., 2018. ⁽²⁰⁾

Esto evidencia una falta de preparación para enfrentar estas situaciones del final de la vida. Sin embargo, una herramienta útil ya mencionada anteriormente es la simulación. Algunos estudios han demostrado que la simulación de determinadas situaciones complejas en ambientes que los estudiantes perciben como controlados, mejoran significativamente la habilidad de comunicación de malas noticias. Por lo tanto, aprender a gestionar las emociones y adquirir unas adecuadas habilidades comunicativas son herramientas con la que hay que dotar a nuestros estudiantes ^(20,25).

En la pregunta opcional sobre la opinión de los estudiantes sobre la importancia de su profesión en un ECP, tanto los estudiantes de medicina como los de enfermería expresaron que su profesión resultaba fundamental en un servicio de CP. Esto concuerda con otros estudios en los cuales los participantes también demostraron una actitud positiva hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y se consideraban los profesionales responsables de ayudar al paciente y a su familia. ⁽²⁰⁾

Entre las expresiones más repetidas por los participantes sobre el papel de medicina o enfermería en CP se encontraron las siguientes: mejorar la calidad de vida, aliviar y controlar el dolor y otros síntomas, ofrecer apoyo y soporte a la familia (dado que en CP la unidad a tratar son enfermo y familia) e integrar los aspectos psicológicos y espirituales en la atención del enfermo terminal.

Por último, se encontraron diferencias significativas entre los grados en el profesionalismo total y para las dimensiones del inventario SIP referentes al Cuidado holístico y Trabajo en equipo. Los estudiantes de enfermería tuvieron mejores puntuaciones para estas dimensiones, que se puede atribuir a que también se sienten mejor preparados en comparación con sus compañeros de medicina. Es más, los resultados de nuestro estudio demostraron que un mejor nivel de preparación se relacionaba con mejor puntuación en el profesionalismo total y en el cuidado holístico.

Los resultados de este estudio pretenden contribuir al desarrollo de la docencia en CP, al conocer el nivel de competencia y el interés de los estudiantes de grados sanitarios por los CP y averiguar los factores que pueden influir a que se sientan más capacitados.

Una de las principales limitaciones de este estudio fue el pequeño tamaño muestral obtenido, siendo recomendable en futuras investigaciones que sigan esta línea de trabajo, el poder acceder a una población más grande, comparar con la formación en otras universidades e incluir (como en un inicio se proponía este estudio) a otros grados cuya docencia en CP no está tan implementada como son los grados de Psicología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

También se recomienda buscar nuevas variables y factores que puedan influenciar en el nivel de preparación y competencia, así como continuar estudiando cómo se comportan las variables de este estudio en otras poblaciones.

En cuanto al inventario SIP, es un instrumento relativamente nuevo cuya validación se publicó el año pasado (Noguera et al., 2019) y con el que se han realizado pocos estudios. Para conocer mejor el funcionamiento de este instrumento se recomienda su uso para evaluar el nivel de profesionalismo en CP de los distintos estudiantes de rama sanitaria.

6. CONCLUSIONES

1. Los estudiantes de los grados de Medicina y Enfermería en la Universidad de Salamanca se sienten en general poco o moderadamente preparados para trabajar con enfermos terminales, sin embargo, presentan buenas puntuaciones en el nivel de profesionalismo. Esto demuestra que, subjetivamente, los estudiantes dudan sobre su capacidad para trabajar en estas situaciones, pero en realidad cuentan con las competencias adquiridas durante sus estudios para poder atender a pacientes con enfermedad terminal. Es más, los estudiantes muestran bastante interés en el área de la MP al considerar de gran importancia el que se imparta formación en CP en su grado y les gustaría que se incluyeran una rotación de prácticas clínicas por un servicio de CP.
2. La Universidad de Salamanca tiene un interés genuino en la docencia pregrado en Cuidados Paliativos. En el programa formativo del Grado de Medicina la materia se da como bloque temático dentro de otra asignatura (*Oncología Médica y Cuidados Paliativos*) de 6 ECTS en 6º curso. En cambio, en el grado de Enfermería, CP supone una asignatura específica de carácter obligatoria (*Enfermería en Cuidados Paliativos*) con 3 ECTS en 4º. Cabe destacar que los alumnos de enfermería refieren sentirse un poco más preparados que los medicina y muestran mayor satisfacción con la formación recibida.
3. El estudio ha demostrado que la resiliencia (valoración en positivo de la experiencia de perder a un ser querido) y la oportunidad de rotar durante las prácticas clínicas por una UCP son factores positivos que aumentan el nivel de preparación para trabajar con enfermos terminales. Sin embargo, el estudio no encuentra relación con experiencias previas como el contacto con enfermos terminales, el hecho de perder un ser querido o tener creencias religiosas.
4. Aunque a la mayoría no le importaría trabajar en una UCP, prefieren desempeñar su actividad laboral en otras áreas distintas. El estudio evidencia que los estudiantes que muestran mayor interés se ha relacionado con sentirse mejor preparados y con la oportunidad de haber rotado por una UCP. Sería por tanto recomendable ofertar la oportunidad de hacer unas rotaciones por dicho servicio como parte de su preparación. El nivel de profesionalismo tiene gran relación, en especial en las dimensiones de cuidados holísticos, cuidar y comprender, crecimiento personal y trabajo en equipo.

5. Tanto los estudiantes de medicina como los de enfermería de la USAL consideran que su categoría profesional es fundamental dentro de un equipo multi e interdisciplinar de CP y tienen muy presentes los principios básicos de la asistencia paliativa (mejorar la calidad de vida del enfermo y sus familiares a través de unos cuidados integrales que engloben el control de síntomas físicos y también los aspectos psicosociales y espirituales).
6. Los estudiantes de enfermería se sienten subjetivamente mejor preparados que los estudiantes de medicina y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de profesionalismo total y en las dimensiones cuidados holísticos y trabajo en equipo, pese a que ambos grados reciben formación en CP durante su carrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ignacia del Río M, Palma A. *Cuidados paliativos: historia y desarrollo*. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. 2013 [consultado el 15 May 2020]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
2. Centeno C, Arinillas P. *Historia de los Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice. Los cuidados paliativos en España*. En: Gómez-Sánchez M. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: SECPAL; 1998. p. 235-248.
3. Saunders C. *Un camino personal terapéutico*. En: Saunders C. *Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos* [Internet]. Madrid: Obra Social “la Caixa”; 2011. p. 59-64 [consultado el 15 May 2020]. Disponible en: https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/209989/velad_conmigo_es.pdf/54ef9571-02a3-4abe-869a-3fd8cbb560d6
4. Sanz J. *Historia de la medicina paliativa*. Med Pal [Internet]. 1999; 6 (2): 82–8. [consultado el 16 May 2020]. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Articulos/99%206.2.6%20Sanz.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*. 67ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2014; 1–6. [consultado el 20 May 2020] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170757/A67_R19-sp.pdf
6. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*. [Internet]. Madrid: SECPAL. 2012; 36 p. [consultado el 20 May 2020] Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5C01_MONOGRAF_SECPAL.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. *Aspectos generales*. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*. [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones; 2011. [consultado el 20 May 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
8. Doblado-Valderrama R, Herrera-Molina E, Librada-Flores S, Lucas-Díaz MA,

- Muñoz-Mayorga I, Rodríguez-Álvarez Z. *Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en España* [Internet]. Vol. 8, Monografía SECPAL. 2016. 282–289 p. [consultado el 20 May 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/monografia8_directorio.pdf
9. Valles P, García I. *Formación básica en cuidados paliativos: Estado actual en las universidades de enfermería españolas*. Med Paliativa [Internet]. 2013; 20(3): 111–114. [consultado el 2 Jun 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.003>
 10. Elsner F, Centeno C, Ellershaw JE. *Early integration needs early education*. Palliat Med. 2016;30(9):805–806. [consultado el 2 Jun 2020]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216316664455>
 11. Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, et al. *Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development*. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2015;50(4):516-523.e2. [consultado el 5 Jun 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019>
 12. Vaquero JA, Centeno C. *Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad Española*. Med Pal [Internet]. 2014;21(1):3–8. [consultado el 5 Jun 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.01.003>
 13. Elsner F, Centeno C, De Conno F, Ellershaw J, Eychmuller S, Filbet M, et al. *Recomendaciones de la asociación europea de cuidados paliativos (EAPC) para el desarrollo de la especialidad en medicina paliativa. Informe del grupo de trabajo de la EAPC para la formación médica*. Med Pal [Internet]. 2010;17(2):103–118. [consultado el 10 Jun 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Centeno/publication/248701469_Recommendations_of_the_European_Association_for_Palliative_Care_EAPC_for_the_development_of_Palliative_Medicine_as_a_medical_specialty_A_report_by_the_EAPC_Task_Force_on_Medical_Education/links/59f462e2458515547c20847a/Recommendations-of-the-European-Association-for-Palliative-Care-EAPC-for-the-development-of-Palliative-Medicine-as-a-medical-specialty-A-report-by-the-EAPC-Task-Force-on-Medical-Education.pdf
 14. García I, Vallés P, Guanter L, Pérez MP, López-Casero Beltrán N, et al. *Recomendaciones de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados*

- Paliativos. Sobre la formación de Grado en Enfermería*. AECPAL. 2019. 1–44 p. [consultado el 10 Jun 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/Monografia%20AECPAL_8.pdf
15. Payne S, Paliativos C, Care P. *Guía para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos*. Eur J Palliat Care. 2011;18(5):1–19. [consultado el 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GUIA-FORMACION-PSICOLOGOS-CP.pdf>
 16. Noguera A, Arantzamendi M, López-Fidalgo J, Gea A, Acitores A, Arbea L, et al. *Student's inventory of professionalism (Sip): A tool to assess attitudes towards professional development based on palliative care undergraduate education*. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(24):1–12. [consultado el 12 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/24/4925>
 17. Kirkpatrick AJ, Cantrell MA, Smeltzer SC. *Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study*. Nurse Educ Today. 2019;73:23–30. [consultado el 20 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718309250>
 18. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. *Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes*. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2019 [citado 26 Jun 2020]; 33(3): 268–271. [consultado el 20 Jun 2020] Disponible en: <https://gacetasanitaria.org/es-sobrecarga-empatia-resiliencia-cuidadores-personas-articulo-S0213911118300062>
 19. Rísquez MI, García C, Tebar E. *Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal*. Int J Psychol Res [Internet]. 2012;5(1):88–95. [consultado el 20 Jun 2020] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5134686.pdf>
 20. Bermejo JC, Villaceros M, Hassoun H. *Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios*. Med Pal [Internet]. 2018; 25(3): 168–74. [consultado el 20 Jun 2020] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.02.004>
 21. Fernandez JA, Martinez L, Garcia-Bueno ML, Grande AI, Gonzalez TL, Prieto AR. *Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería*.

- Tiempos enfermería y salud* [Internet]. 2017; 2(1): 27–33. [consultado el 22 Jun 2020] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303400955_Actitud_y_afrontamiento_ante_la_muerte_en_el_personal_de_enfermeria
22. Marti-Garcia C, Garcia-Caro MP, Schmidt-RioValle J, Fernández-Alcántara M, Montoya-Juárez R, Cruz-Quintana F. *Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte*. Med Pali [Internet]. 2016;23(2):72–8. [consultado el 22 Jun 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X14000251>
23. Pastrana T, De Lima L, Wenk R. *Estudio multicéntrico sobre la comodidad y el interés en cuidados paliativos en estudiantes de pregrado en Colombia*. Med Palb [Internet]. 2015; 22(4): 136–145. [consultado el 22 Jun 2020] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.10.004>
24. Al-Azri M, AL-Saidi S, Al-Musilhi J, Al-Mandhari Z, Panchatcharam SM. *Knowledge and Experiences of Final Year Medical and Nursing Students with Regard to Palliative Care at Government University in Oman: A Questionnaire Based Study*. *J Cancer Educ* [Internet]. 2020 [citado 26 Jun 2020]; Dispoible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32020520>
25. Nagore-Ancona F, De Los Santos-Rodríguez M, Pech-George R, Esperón-Hernández R, Fernández-Pérez R, Aguilar-Franco L. *Evaluación de la competencia en cuidados paliativos en estudiantes de medicina*. Fund Educ Médica [Internet]. 2017; 20(3): 133–6. [consultado el 26 Jun 2020] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v20n3/2014-9832-fem-20-3-133.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Listado de recursos que han cumplido los requisitos para ser clasificados con los criterios definidos por el Directorio SECPAL 2015:

CC.AA	PROVINCIA	NOMBRE RECURSO	TIPO DE RECURSO	ÁMBITO			DOTACIÓN PROFESIONALES							
				H	D	CSS	M	E	P	T	S	O		
Castilla y León	ÁVILA	UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ÁVILA	UBCP				4	6	1	1	9			
Castilla y León	BURGOS	EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) DE BURGOS	EBCP				3	3	2	1	2			
Castilla y León	LEÓN	EQUIPO DE SOPORTE DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESDCP) LEÓN	EBCP				3	3	-	-	2			
Castilla y León	LEÓN	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL EL BIERZO	UBCP				1	6	1	2	6			
Castilla y León	SALAMANCA	CENTRO REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL "LOS MONTALVOS"	UCCP				7	12	2	2	24			
Castilla y León	SEGOVIA	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DEL ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA	EBCP				1	1	1	-	-			
Castilla y León	VALLADOLID	EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA	EBCP				1	2	1	-	-			
Castilla y León	VALLADOLID	EQUIPO DE SOPORTE DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	EBCP				1	1	-	-	-			

SECCIÓN II

CC.AA	PROVINCIA	NOMBRE RECURSO	TIPO DE RECURSO	ÁMBITO			DOTACIÓN PROFESIONALES					
				H	D	CSS	M	E	P	T	S	O
Castilla y León	VALLADOLID	PALIATIVOS Y DOMICILIARIOS S.C.	EBCP				2	2	-	-	-	-
Castilla y León	VALLADOLID	UNIDAD CUIDADOS PALIATIVOS CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENI	UCCP				5	4	1	1	1	12
Castilla y León	ZAMORA	EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL CENTRO ASISTENCIAL SAN TORCUATO	EBCP				4	9	1	1	1	5
Castilla y León	ZAMORA	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA	EBCP				1	1	-	-	-	-

62

Listado de recursos que les falta alcanzar algún requisito para ser clasificados con los criterios definidos por el Directorio SECPAL 2015:

CC.AA	PROVINCIA	NOMBRE RECURSO	ÁMBITO			DOTACIÓN PROFESIONALES					
			H	D	CSS	M	E	P	T	S	O
Castilla y León	BURGOS	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BURGOS				4	4	1	1	1	12
Castilla y León	PALENCIA	HERMANAS HOSPITALARIAS CENTRO SOCIOASISTENCIAL PALENCIA				2	3	1	1	1	15
Castilla y León	SEGOVIA	UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DE SEGOVIA				4	5	1	-	-	24
Castilla y León	SORIA	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PALIATIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA				1	7	1	1	1	11

MONOGRAFÍAS SECPAL

ANEXO 2



Capítulo III

Propuesta de contenidos de la asignatura de cuidados paliativos

NOMBRE DE LA ASIGNATURA: ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS
Carácter Obligatorio
6 Créditos ECTS
A partir de 3.º Curso de Grado

MÓDULO 1. PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Tema 1. Actitud de la sociedad ante la muerte.

- 1.1. *La muerte y el ser humano.*
- 1.2. *Actitudes ante la muerte a lo largo de la historia.*
- 1.3. *Reflexiones sobre la muerte en la actualidad.*
- 1.4. *El tabú de la muerte y la estigmatización de los cuidados paliativos.*
- 1.5. *El lugar de la muerte: sociedad, institución y paliativos. Retos y debates alrededor del buen morir (muerte digna).*

Tema 2. Definición de cuidados paliativos, filosofía y principios básicos.

- 2.1. *Historia de los cuidados paliativos.*
- 2.2. *Concepto de cuidar, paliar y aliviar.*
- 2.3. *Definición de cuidados paliativos.*
- 2.4. *Filosofía y principios básicos.*

Tema 3. Concepto de enfermedad avanzada.

- 3.1. *Criterios de fase avanzada y/o final de vida.*
- 3.2. *Transiciones conceptuales en atención paliativa.*
- 3.3. *Trayectorias en paciente con enfermedad crónica progresiva.*
- 3.4. *Conceptos relevantes: calidad de vida, sufrimiento, autonomía, dignidad.*



AECPAL. Formación de grado

Tema 4. Niveles de asistencia paliativa.

- 4.1. Niveles: básico, intermedio y específico.
- 4.2. Criterios de complejidad.
- 4.3. Organización de recursos.
- 4.4. Tipos de estructuras organizativas específicas de cuidados paliativos.

Tema 5. Trabajo en equipo en cuidados paliativos.

- 5.1. *Dimensión técnica.*
 - 5.1.1. Concepto de multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, pluridisciplinariedad y transdisciplinariedad.
 - 5.1.2. La formación en cuidados paliativos: el aprendizaje de una forma de trabajar y de entender la atención.
- 5.2. *Dimensión organizativa.*
 - 5.2.1. Aspectos formales en la organización: objetivos.
 - 5.2.2. La reunión como espacio de organización.
 - 5.2.3. Toma de decisiones en los equipos: liderazgo y democracia.
- 5.3. *Dimensión social.*
 - 5.3.1. La dimensión temporal en los equipos de cuidados paliativos. Tiempo cualitativamente y cuantitativamente distinto.
 - 5.3.2. Comunicación y transmisión de información (entre unidades y con pacientes y familias).
 - 5.3.3. Aspectos intangibles de la organización de los equipos: la gestión de los cuidados.
 - 5.3.4. Los conflictos: ¿problema o factor de evolución de los equipos?

Tema 6. Rol del profesional de enfermería.

- 6.1. *Competencias de la enfermera en cuidados paliativos.*
- 6.2. *Rol de la enfermera dentro del equipo interdisciplinar.*

8 HORAS PRESENCIALES DEL MÓDULO 1



Capítulo III

Propuesta de contenidos de la asignatura de cuidados paliativos

MÓDULO 2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Tema 7. Cuidado emocional del paciente y la familia.

7.1. Reacciones y proceso adaptativo a la enfermedad avanzada.

- 7.1.1. Fases del proceso adaptativo.
- 7.1.2. Causas del sufrimiento.
- 7.1.3. Valoración de las reacciones.
- 7.1.4. Evaluación de los recursos de afrontamiento.

7.2. Manejo de preguntas difíciles y situaciones difíciles.

- 7.2.1. ¿Qué entendemos por comunicación difícil?
- 7.2.2. Escucha activa.
- 7.2.3. Cómo debemos actuar. Qué decir y no decir.

7.3. Claudicación familiar.

- 7.3.1. Definición.
- 7.3.2. Causas.
- 7.3.3. Identificación y abordaje.

7.4. La conspiración de silencio.

- 7.4.1. Definición.
- 7.4.2. Factores que influyen en la aparición.
- 7.4.3. Prevención e identificación.
- 7.4.4. Abordaje.

7.5. Manejo e identificación del duelo.

- 7.5.1. Definición.
- 7.5.2. Fases del duelo.
- 7.5.3. Valoración de enfermería.
- 7.5.4. Intervención y soporte. Factores predictores de duelo complicado y derivación.

7.6. Estrés de los profesionales de cuidados paliativos.

- 7.6.1. Definición.
- 7.6.2. Estresores internos y externos. Reacciones.
- 7.6.3. Estrés ante la muerte.

8 HORAS PRESENCIALES DEL MÓDULO 2



MÓDULO 3. MANEJO SINTOMÁTICO Y PLANES DE CUIDADOS ESPECÍFICOS

Tema 8. Historia clínica completa, valoración integral e interdisciplinar.

- 8.1. *Valoración unidad paciente-familia.*
- 8.2. *Valoración de la enfermedad.*
- 8.3. *Valoración del paciente.*
- 8.4. *Valoración sociofamiliar.*

Tema 9. Diagnósticos de enfermería y planes de cuidados.

- 9.1. *Diagnósticos de enfermería prevalentes en cuidados paliativos.*
- 9.2. *Interrelaciones NIC y NOC.*
- 9.3. *Evaluación y registro.*

Tema 10. Manejo sintomático en cuidados paliativos.

- 10.1. *Principios generales del control de síntomas.*
- 10.2. *Síntomas más comunes asociados con la enfermedad avanzada.*
- 10.3. *Escalas para valoración, evaluación de los síntomas y las necesidades.*

Tema 11. Manejo del dolor.

- 11.1. *Dolor y sufrimiento.*
- 11.2. *Tipos de dolor.*
- 11.3. *Valoración y evaluación.*
- 11.4. *Escalera OMS.*

Tema 12. Manejo de síntomas gastrointestinales.

- 12.1. *Caquexia-anorexia.*
- 12.2. *Náuseas y vómitos.*
- 12.3. *Estreñimiento y diarrea.*
- 12.4. *Disfagia.*
- 12.5. *Hipo.*



Capítulo III

Propuesta de contenidos de la asignatura de cuidados paliativos

Tema 13. Manejo de síntomas respiratorios.

- 13.1. *Disnea.*
- 13.2. *Tos.*
- 13.3. *Estertores.*
- 13.4. *Hemoptisis.*

Tema 14. Manejo de síntomas genito-uritarios.

- 14.1. *Hematuria.*
- 14.2. *Incontinencia urinaria.*
- 14.3. *Dolor y espasmo vesical.*

Tema 15. Manejo de síntomas neuropsiquiátricos.

- 15.1. *Delirium.*
- 15.2. *Ansiedad y depresión.*
- 15.3. *Trastornos del sueño.*
- 15.4. *Convulsiones.*

Tema 16. Manejo de síntomas sistémicos.

- 16.1. *Astenia.*
- 16.2. *Anemia.*
- 16.3. *Fiebre.*

Tema 17. Manejo de síntomas dermatológicos.

- 17.1. *Prurito.*
- 17.2. *Linfedema.*
- 17.3. *Xerosis.*
- 17.4. *Ictericia.*
- 17.5. *Fístulas.*



Tema 18. Principales vías de administración de tratamientos farmacológicos.

- 18.1. Oral.
- 18.2. Sublingual.
- 18.3. Rectal.
- 18.4. Intramuscular.
- 18.5. Intravenosa.
- 18.6. Transdérmica.

Tema 19. Manejo de la vía subcutánea.

- 19.1. Tipos de administración.
- 19.2. Fármacos habituales, interacciones.
- 19.3. Hipodermoclastia.

Tema 20. Manejo y cuidados de la piel.

- 20.1. Úlceras tumorales.
- 20.2. Úlceras por decúbito.
- 20.3. Fístulas.

Tema 21. Manejo y cuidados de la boca.

- 21.1. Xerostomía.
- 21.2. Boca sucia.
- 21.3. Boca dolorosa.
- 21.4. Mucositis y micosis.

Tema 22. Manejo y cuidados de enfermería en las urgencias paliativas.

- 22.1. Síndrome de compresión medular.
- 22.2. Síndrome de vena cava superior.
- 22.3. Hipercalcemia.
- 22.4. Hemorragia masiva.
- 22.5. Claudicación familiar.



Tema 18. Principales vías de administración de tratamientos farmacológicos.

- 18.1. Oral.
- 18.2. Sublingual.
- 18.3. Rectal.
- 18.4. Intramuscular.
- 18.5. Intravenosa.
- 18.6. Transdérmica.

Tema 19. Manejo de la vía subcutánea.

- 19.1. Tipos de administración.
- 19.2. Fármacos habituales, interacciones.
- 19.3. Hipodermoclastisis.

Tema 20. Manejo y cuidados de la piel.

- 20.1. Úlceras tumorales.
- 20.2. Úlceras por decúbito.
- 20.3. Fístulas.

Tema 21. Manejo y cuidados de la boca.

- 21.1. Xerostomía.
- 21.2. Boca sucia.
- 21.3. Boca dolorosa.
- 21.4. Mucositis y micosis.

Tema 22. Manejo y cuidados de enfermería en las urgencias paliativas.

- 22.1. Síndrome de compresión medular.
- 22.2. Síndrome de vena cava superior.
- 22.3. Hipercalcemia.
- 22.4. Hemorragia masiva.
- 22.5. Claudicación familiar.



MÓDULO 4. LEGISLACIÓN Y BIOÉTICA EN EL FINAL DE LA VIDA

Tema 26. Aspectos éticos y legales.

26.1. Aspectos legales.

26.1.1. Legislación vigente en el marco de final de vida (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Leyes autonómicas que la desarrollan. Leyes de regulación autonómicas del proceso de final de vida "muerte digna". Aspectos legales relativos al fallecimiento del paciente).

26.1.2. Código Deontológico de la Enfermería en España.

26.2. Bioética y final de vida.

26.2.1. Modelos bioéticos y su postura ante final de vida.

26.2.2. Método deliberativo (teoría y puesta en práctica ante dilemas éticos).

26.2.3. Proceso de planificación de decisiones anticipadas. Papel de enfermería.

26.2.4. Escenarios éticos de toma de decisiones clínicas al final de la vida. Sedación paliativa. Consentimiento informado como proceso y sus particularidades en este contexto (implícito, explícito, delegado...).

4 HORAS PRESENCIALES DEL MÓDULO 4

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS ESTUDIANTES DE GRADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación y con su cumplimentación está colaborando en la realización de un Trabajo Fin de Máster.

Su realización es de carácter **VOLUNTARIO** y se garantiza el **ANONIMATO** tanto la recogida, como análisis e interpretación de los datos.

Se estima una dedicación de **10-15 min** para su cumplimentación.

Muchas gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Edad: _____ años

Universidad: _____

**Grado Universitario en el que está
matriculado actualmente:**

- Medicina
- Enfermería
- Psicología
- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional

¿Cree en alguna religión?:

- Sí. ¿Cuál?: _____
- No.
- Prefiero no contestar.

Curso académico actual:

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto
- Quinto
- Sexto

EXPERIENCIA CON ENFERMOS TERMINALES Y/O C.P.

1. ¿Ha estado en contacto con personas con enfermedades graves, avanzadas y/o en fase terminal? Puede seleccionar más de una respuesta.

- Sí, por un familiar, amigo o ser querido cercano.
- Sí, durante prácticas clínicas/externas.
- Sí, por motivo profesional.
- Sí, participando en un voluntariado.
- No, no he estado en contacto con ningún enfermo terminal.

2. En caso de responder Sí a la pregunta anterior, ¿cómo consideraría que fue la experiencia de acompañar al enfermo y/o su familia durante la fase terminal de su enfermedad?

- Negativa (“desagradable”, “muy dolorosa y frustrante”, “no pude con ella” ...)
- Neutra (“situación compleja”, “lo viví como un proceso que es natural de la vida pero que no te deja indiferente” ...)
- Positiva (“enriquecedora”, “me hizo aprender y contribuyó a mi desarrollo personal/profesional”, ...)

3. ¿Ha sufrido la pérdida significativa de algún ser querido a lo largo de su vida?

- Sí
- No

4. ¿Esta situación ha supuesto un cambio en su actitud o forma de ver la vida y la muerte?

- Sí
- No

5. ¿Ha tenido la oportunidad de conocer cómo funciona una Unidad de Cuidados Paliativos (U.C.P.)?

- Sí.
- No. **En este caso, ¿Le gustaría rotar por la U.C.P.?:** Sí No

FORMACIÓN ACADÉMICA Y PREFERENCIAS

6. ¿Ha recibido formación específica sobre Medicina Paliativa o Cuidados Paliativos (C.P.) a lo largo de su carrera? Seleccione una:

- Sí. Asignatura de carácter obligatoria.
- Sí. Asignatura de carácter optativa.
- Sí. Bloque temático/seminario dentro de otra asignatura.
- No. No he recibido ningún tipo de formación sobre C.P.

7. ¿Cuál considera que es el grado de importancia de que en su carrera universitaria se imparta formación en Cuidados Paliativos? Puntúe del 1 al 5, siendo 1 la puntuación mínima (nada importante) y 5 la máxima (muy importante).

1 2 3 4 5

8. ¿Cuál es su nivel de satisfacción personal respecto a la formación académica recibida sobre Cuidados Paliativos? Puntúe del 1 al 5, siendo 1 la puntuación mínima (nada satisfecho) y 5 la máxima (totalmente satisfecho).

1 2 3 4 5

9. Si tuviera que trabajar con enfermos terminales, ¿cuál considera que es su nivel de preparación, de forma general, en el momento actual? Puntúe del 1 al 5, siendo 1 la puntuación mínima (nada preparado) y 5 la máxima (muy preparado).

1 2 3 4 5

10. ¿Le gustaría, en un futuro, trabajar en una U.C.P.?

- Sí.
- No.
- No me importaría, aunque prefiero trabajar en otra área.

11. **[OPCIONAL]** Describa brevemente su opinión de cuál sería el papel y la importancia de su profesión dentro de un equipo de C.P.

INVENTARIO SIP

Las siguientes afirmaciones se refieren a **cómo valora usted en el momento actual su propio nivel de preparación a la hora de acercarse al paciente, relacionarse con sus colegas, y reflexionar sobre su trabajo.**

Indique, por favor, su **grado de acuerdo** con las afirmaciones, marcando con un círculo el número entre 0 y 10 que le parezca adecuado (*donde 0 es no estar nada de acuerdo y 10 estar totalmente de acuerdo*).

CUIDADO HOLÍSTICO										
He aprendido a escuchar a los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a mostrar mi humanidad al paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a emplear con cada paciente el tiempo que necesita.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a dar soporte emocional y espiritual a mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de adaptarme a cada paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de dar esperanza al paciente, sin crear falsas expectativas cuando hablo sobre el avance de la enfermedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de ayudar al paciente a preservar su dignidad aunque esté deteriorado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de atender a la familia de mis pacientes y dar soporte a sus necesidades.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a ganarme la confianza del paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a dar malas noticias a los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de manejar correctamente mis emociones al tratar a los pacientes en situaciones complejas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CUIDAR Y COMPRENDER										
He aprendido a que cuidar es la esencia de mi profesión.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a ser cercano con los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido que ante una enfermedad con mal pronóstico/incurable, siempre se puede hacer algo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a tener en cuenta las experiencias previas del paciente para poder comprenderle.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La experiencia clínica me ha ayudado a comprender como el enfermo se adapta a su enfermedad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de escuchar a otros antes de tomar una decisión difícil.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CRECIMIENTO PERSONAL										
La experiencia clínica me ha ayudado a crecer como persona.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La experiencia clínica me ha ayudado a comprender mejor a mis colegas de profesión.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La experiencia clínica me ha ayudado a mantener o recuperar la ilusión en mi desarrollo como profesional de la salud.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a valorar la gratitud del paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TRABAJO EN EQUIPO										
Me veo capaz de trabajar en equipo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a pedir consejo a mis compañeros cuando es necesario.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a buscar ayuda cuando la necesito.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOMA DE DECISIONES										
Me veo capaz de involucrar al paciente y a su familia en la toma de decisiones al final de la vida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reevalúo mi plan terapéutico cuando provocho sufrimiento.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a tener una actitud abierta, no juzgando al paciente por la primera impresión.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a respetar los deseos del paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido a individualizar la toma de decisiones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He aprendido que cada tratamiento ha de ser personalizado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VALORACIÓN DEL PACIENTE										
Me veo capaz de realizar una correcta evaluación de síntomas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me veo capaz de realizar una evaluación integral y multidimensional de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SER PROFESIONAL DE LA SALUD										
He aprendido que mi profesión es ciencia con compasión.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 4

		MEDICINA N=66	ENFERMERÍA N=46
CUIDADO HOLÍSTICO	He aprendido a escuchar a los pacientes	8,58 ± 0,993	8,83 ± 1,235
	He aprendido a mostrar mi humanidad al paciente.	8,38 ± 1,212	8,59 ± 1,343
	He aprendido a emplear con cada paciente el tiempo que necesita.	7,48 ± 1,858	7,89 ± 1,509
	He aprendido a dar soporte emocional y espiritual a mis pacientes.	6,55 ± 2,268	7,41 ± 1,720
	Me veo capaz de adaptarme a cada paciente.	6,95 ± 1,686	7,76 ± 1,508
	Me veo capaz de dar esperanza al paciente, sin crear falsas expectativas cuando hablo sobre el avance de la enfermedad	6,23 ± 1,952	6,41 ± 1,927
	Me veo capaz de ayudar al paciente a preservar su dignidad aunque esté deteriorado.	7,39 ± 2,045	8,17 ± 1,730
	Me veo capaz de atender a la familia de mis pacientes y dar soporte a sus necesidades.	6,85 ± 1,875	7,43 ± 1,797
	He aprendido a ganarme la confianza del paciente.	7,02 ± 1,593	7,93 ± 1,200
	He aprendido a dar malas noticias a los pacientes.	4,86 ± 2,245	4,41 ± 1,995
	Me veo capaz de manejar correctamente mis emociones al tratar a los pacientes en situaciones complejas.	5,98 ± 2,208	6,70 ± 2,298
CUIDAR Y COMPRENDER	He aprendido a que cuidar es la esencia de mi profesión.	8,56 ± 1,590	8,93 ± 1,583
	He aprendido a ser cercano con los pacientes.	8,50 ± 1,362	8,83 ± 1,403
	He aprendido que ante una enfermedad con mal pronóstico/incurable, siempre se puede hacer algo.	7,82 ± 2,126	8,28 ± 1,985
	He aprendido a tener en cuenta las experiencias previas del paciente para poder comprenderle.	7,91 ± 1,652	8,04 ± 1,725
	La experiencia clínica me ha ayudado a comprender como el enfermo se adapta a su enfermedad.	7,09 ± 1,895	7,65 ± 1,728
	Me veo capaz de escuchar a otros antes de tomar una decisión difícil.	8,59 ± 1,109	8,33 ± 1,461
CRECIMIENTO PERSONAL	La experiencia clínica me ha ayudado a crecer como persona.	8,70 ± 1,425	9,33 ± 0,967
	La experiencia clínica me ha ayudado a comprender mejor a mis colegas de profesión.	8,47 ± 1,470	8,87 ± 1,310

TRABAJO EN EQUIPO	La experiencia clínica me ha ayudado a mantener o recuperar la ilusión en mi desarrollo como profesional de la salud.	8,35 ± 1,933	8,46 ± 2,073
	He aprendido a valorar la gratitud del paciente.	9,21 ± 0,903	9,35 ± 0,737
	Me veo capaz de trabajar en equipo.	8,44 ± 1,541	9,2 ± 1,025
	He aprendido a pedir consejo a mis compañeros cuando es necesario.	8,68 ± 1,338	9,35 ± 0,948
	He aprendido a buscar ayuda cuando la necesito.	8,71 ± 1,557	9,52 ± 0,809
TOMA DE DECISIONES	Me veo capaz de involucrar al paciente y a su familia en la toma de decisiones al final de la vida.	8,09 ± 1,356	7,87 ± 1,721
	Reevalúo mi plan terapéutico cuando provocho sufrimiento.	8,23 ± 1,801	8,05 ± 1,759
	He aprendido a tener una actitud abierta, no juzgando al paciente por la primera impresión.	8,38 ± 1,557	8,43 ± 1,128
	He aprendido a respetar los deseos del paciente.	8,82 ± 1,021	8,89 ± 1,080
	He aprendido a individualizar la toma de decisiones.	8,53 ± 1,070	8,59 ± 1,543
VALORACIÓN DEL PACIENTE	He aprendido que cada tratamiento ha de ser personalizado.	9,11 ± 0,947	9,33 ± 0,990
	Me veo capaz de realizar una correcta evaluación de síntomas.	7,03 ± 1,414	7,33 ± 1,726
	Me veo capaz de realizar una evaluación integral y multidimensional de los pacientes.	6,65 ± 1,612	7,28 ± 1,615
SER PROFESIONAL DE LA SALUD	He aprendido que mi profesión es ciencia con compasión.	8,79 ± 1,220	8,60 ± 1,941