

**PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE**

**La sensibilización precoz hacia la muerte  
como determinante en la adquisición de competencias actitudinales  
en estudiantes de Medicina  
(ID2013/183)**

**Convocatoria de Innovación Docente**

**Curso 2013-2014**

**Memoria de resultados**

**30 de junio de 2014**

[Juan Antonio Rodríguez Sánchez](#) (Coordinador)

**Índice**

Introducción _____	3
Breve descripción de las actividades del proyecto _____	4
Cronología, método y detalle de las actividades _____	5
Última fase y resultados _____	10
Conclusiones provisionales _____	12
Continuidad y difusión de los resultados _____	13
Anexos _____	15

## Introducción

Los estudios de Grado en Medicina contemplan entre sus competencias generales las codificadas como CT.A., que corresponden a los “valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos”, complementadas, en su implicación en la relación médico-paciente, por las CT.D (habilidades de comunicación). Sin embargo, ni en estas ni en el desarrollo de las competencias específicas queda explícito el lugar que la muerte y el temor a la misma desempeñan en esa relación, tanto por parte del paciente como del profesional de la salud.

En este proyecto hemos partido de la convicción de que asumir la mortalidad del paciente como ser humano permite reinterpretar el papel del médico y, especialmente, del estudiante de Medicina, habitualmente poco consciente (por edad y tipo de aproximación a la clínica) de lo que la experiencia de la muerte supone para la persona enferma y su entorno más próximo.

Nuestra hipótesis inicial ha sido que una experiencia precoz de los estudiantes de Medicina con el hecho de la muerte como fenómeno natural e inevitable permitiría una sensibilización y humanización de su aprendizaje, facilitando el desarrollo de las actitudes y valores asumidos como competencias a adquirir para la obtención del título de Grado en Medicina.

No hemos valorado aquí los efectos que sobre los pacientes ha tenido la escucha y la reinterpretación biográfica, pero han funcionado como refuerzo de la percepción que el alumnado ha tenido de su actividad.

Este proyecto no sólo pretende posibilitar la adquisición de unas competencias a menudo difícilmente evaluables y confiadas al propio desarrollo personal de los estudiantes, sino que supone una investigación rigurosa en la que la aplicación de diferentes indicadores nos están permitiendo evaluar el efecto de las actividades en un cambio de actitudes necesarias en la práctica profesional.

Completamos ahora una primera fase de nuestro proyecto, que deberá ser continuado con un seguimiento del alumnado en años sucesivos.

## **Breve descripción de las actividades del proyecto**

El proyecto pretende promover una sensibilización precoz hacia la muerte en el alumnado estudiante de Medicina con el fin de promover el desarrollo de determinadas actitudes consideradas como propias de la formación en el Grado en Medicina.

A tal fin se han creado tres grupos:

- Un grupo control
- Un grupo que recibe talleres de sensibilización hacia la muerte (dos talleres con una duración cada uno de tres horas)
- Un grupo que recibe los anteriores talleres y al concluirlos inicia un programa de visitas a un paciente ingresado en cuidados paliativos

Los integrantes de los grupos se han asignado de forma aleatoria y se ha procedido a realizar un doble ciego en el estudio.

El grupo que acude al Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital de los Montalvos tiene como misión acompañar a una persona que se encuentra en esa difícil situación e interesarse por conocerla para plasmar su vida en una breve biografía. Se pretende de esta forma fomentar la aparición de la empatía, la percepción del paciente como persona (en su historia personal y la aproximación a su entorno familiar) y el propio desarrollo del proceso de revisión de la vida en una persona que se enfrenta a la idea de su propia muerte.

Para la valoración se han utilizado diversos instrumentos:

- Tests de actitudes a todos los grupos al inicio y al final del curso (Robbins y CAM-2)
- Cuestionarios al grupo de asistencia a cuidados paliativos (análisis cualitativo de expectativas y valoración de la actividad)
- Memorias de la actividad, incluida la biografía realizada

## **Cronología, método y detalle de las actividades**

Se ha trabajado con alumnado del primer curso del Grado en Medicina de la Facultad de Medicina de Salamanca. El reclutamiento ha sido voluntario, con la contrapartida de un posterior reconocimiento de las horas empleadas en forma de créditos. El único requisito para participar en el proyecto, además de los estudios y curso, ha sido no haber tenido una experiencia previa con la muerte en un entorno afectivo próximo.

La publicidad del proyecto se realizó a final del primer cuatrimestre, a partir del día 15 de enero, tanto en aula como a través de Studium.

El 24 de enero se reunió el equipo de trabajo compuesto por:

- Juan Antonio Rodríguez Sánchez (coordinador)
- M<sup>a</sup> Ángeles Díez Sánchez
- Gloria Bueno Carrera
- Antonio Carreras Panchón
- Ginés Llorca Ramón
- Consuelo Sancho Sánchez
- Martín Boyero San Blas
- Mercedes Sánchez-Granjel Santander

A este equipo se sumaron dos profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Los Montalvos, por ser quienes iban a colaborar en el desarrollo hospitalario del proyecto:

- Francisco Vara (Jefe del Servicio)
- Eva Tejedor (Trabajadora Social)

En esta primera reunión se concretaron diversos aspectos del proyecto: determinación del tipo de paciente, número de alumnos participantes, diseño de los grupos, tareas a realizar por los miembros del equipo, cronograma, definición del trabajo del alumnado y planteamiento del desarrollo de las actividades en el espacio clínico. (Véase ANEXO 1)

El alumnado que había manifestado su deseo de participar en el proyecto y que cumplía los requisitos exigidos (más de la mitad del curso de primero de Medicina) fue distribuido aleatoriamente en tres grupos en los que se respetó la distribución según

género presente en el primer curso del Grado en Medicina en los que iban a ser grupos de trabajo. El resto del alumnado fue asignado al grupo N, grupo control. Fueron convocados a una primera reunión el día 13 de febrero, para salvar así el período de exámenes y finalización del primer cuatrimestre y garantizar que no iban a existir motivaciones vinculadas a las asignaturas impartidas. Este pudo ser uno de los motivos para que a la sesión inicial acudiesen 10 personas menos de las que habían sido seleccionadas, si bien casi todas presentaron justificaciones y solicitaron poder incorporarse más adelante, algo que les fue denegado. Ninguno de los participantes fue informado de la actividad que iba a realizar cada grupo, algo también desconocido por el equipo de trabajo (con la excepción del conocimiento del grupo N), a fin de evitar condicionamientos en la realización del primer test que se les pasó en esa reunión.

La distribución fue la siguiente:

#### ESTUDIANTES DE PRIMERO DE MEDICINA

Total:	201
Varones:	72 <b>(35,82%)</b>
Mujeres:	129 <b>(64,18%)</b>

#### CANDIDATURAS

Total:	106
Varones:	33 (31,13%)
Mujeres:	73 (68,87%)

#### PARTICIPANTES (asistentes a la primera reunión que realizaron el test)

Total:	96
Varones:	31 (32,29%)
Mujeres:	65 (67,71%)

GRUPO H (creado aleatoriamente a partir de los estudiantes asistentes a la primera reunión y atendiendo a la proporción V/M existente en primero de Medicina)

Total:	28
Varones:	10 <b>(35,71%)</b>

Mujeres: 18 (64,29%)

GRUPO W (creado aleatoriamente atendiendo a la proporción V/M existente en primero de Medicina)

Total: 28

Varones: 10 (35,71%)

Mujeres: 18 (64,29%)

GRUPO N

Total: 40

Varones: 11 (27,5%)

Mujeres: 29 (72,5%)

Como queda dicho, el grupo control (N) no ofrece las mismas proporciones debido a ser el grupo resultante tras la selección de los dos grupos de estudio (H y W). Dado que en los cuestionario consta el sexo de quien los responde no debería existir problema si se quiere explorar la variable género.

El test (ANEXO 2) usó el cuestionario de autoeficacia (Robbins) y las subescalas del CAM-2. El análisis de control de estos ítems junto a los de variables sociofamiliares (ANEXO 3) mostró que no existían diferencias entre los tres grupos al inicio del proyecto, lo que permitiría atribuir los cambios que se observen en la segunda pasación del test a las actividades programadas de sensibilización hacia la muerte (talleres y asistencia a paliativos).

Los grupos H y W fueron convocados para la realización de talleres, según las fechas acordadas con los participantes. Ni los integrantes de los grupos ni el profesorado supo en ningún momento de esta fase qué grupo realizaría la actividad en la unidad de cuidados paliativos.

Los talleres se redujeron a dos tardes completas los días 21 de febrero y 28 de febrero, si bien se solicitó un cambio de fecha de este segundo que se realizó finalmente el día 7 de marzo. Los talleres buscaban una reflexión sobre la muerte desde diferentes perspectivas y la preparación para el encuentro con la persona que se enfrenta a la

muerte, desarrollando estrategias para la entrevista, el apoyo y la recogida de datos. En el primer taller participaron Ginés Llorca, Antonio Carreras y Martín Boyero. En el segundo, Francisco Vara, Eva María Tejedor, María José Cardoso, M<sup>a</sup> Ángeles Díez, Gloria Bueno y Juan Antonio Rodríguez. Los programas de los mismo se pueden encontrar en el ANEXO 4.

Los talleres fueron completados por 44 personas de las 56 previstas. Tras finalizar los talleres se procedió a sortear públicamente el grupo que proseguiría el proyecto mediante la asistencia al Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital de los Montalvos. Los grupos quedaron, al finalizar esta fase de la siguiente manera:

#### GRUPO W (sólo realizaron talleres)

Total:	23
Varones:	8 <b>(34,8%)</b>
Mujeres:	15 <b>(65,2%)</b>

#### GRUPO H (designado para efectuar las visitas a pacientes de paliativos)

Total:	21
Varones:	8 <b>(38,1%)</b>
Mujeres:	13 <b>(61,9%)</b>

Antes de la realización de las visitas al Servicio de Cuidados Paliativos, el alumnado recibió una información ampliada sobre la actividad que debían realizar, a fin de marcar claramente que su papel no era el de profesionales de la salud, sino el de voluntarios. Se les alertó sobre el interés en promover una conversación que les permitiese conocer a la persona hasta el punto de poder trazar una pequeña biografía de la misma (ANEXO 5)

Las visitas a los pacientes ofrecieron diferentes complicaciones en su organización derivadas de:

- Compatibilizar las actividades académicas propias del curso
- Encontrar los pacientes adecuados para poder establecer la entrevista, presentando dos extremos
  - i. Pacientes que fallecían sin haber tenido un mínimo de tres visitas
  - ii. Pacientes que eran enviados a su domicilio

La mayor parte de los problemas fueron resueltos por Eva Tejedor, que se responsabilizó de esta parte del proyecto. Las visitas fueron realizadas junto a las personas que actúan como voluntarios, siendo frecuente que la propia responsable actuase como acompañante en las visitas.

## Última fase y resultados

El alumnado realizó un cuestionario de análisis de expectativas (respondido por 18 personas) y, al concluir las visitas, un cuestionario de valoración de la actividad (que tuvo 14 respuestas). Estos cuestionarios serán sometidos a un análisis cualitativo.

La actividad fue completada por 19 personas. Las dos personas que se dieron de baja en el proyecto adujeron la falta de tiempo debida a la inminencia de los exámenes y, aunque se intentó que pudiesen realizar las visitas al concluir los exámenes rechazaron el ofrecimiento.

### GRUPO H (PALIATIVOS)

Total:	19
Varones:	7 <b>(36,84%)</b>
Mujeres:	12 <b>(63,16%)</b>

El alumnado que realizó las visitas en el Servicio de Cuidados Paliativos negoció una nueva fecha para la entrega de sus memorias, que se acordó fuese el día 25 de junio, aunque existió flexibilidad para la recepción de trabajos. Todos cumplieron muy satisfactoriamente las actividades planteadas y los documentos generados en las mismas:

- Grabación de las entrevistas
- Transcripción de entrevistas
- Biografía de la persona a quien se acompañó
- Memoria de la actividad (como se expone en el anexo constó fundamentalmente de un diario y la valoración de la experiencia, tanto en lo formal como en lo personal)

Las memorias serán sometidas a análisis cualitativo.

La última parte del proyecto ha consistido en volver a pasar el test a los tres grupos para valorar si los talleres y la experiencia con pacientes en cuidados paliativos han determinado un cambio de actitudes. En esta ocasión se han incorporado algunos ítems para conocer si en el tiempo transcurrido se han producido episodios que puedan interferir con la interpretación de los resultados (muerte de alguna persona del entorno

afectivo), así como si, en el caso de pertenecer al grupo que había acudido a paliativos, la persona a la que habían visitado había fallecido.

Dadas las fechas de conclusión de la fase anterior, el cuestionario fue elaborado para su realización on line y habilitado en la plataforma Studium el día 17 de junio. La fecha máxima dada para su realización fue el día 25 de junio, aunque hubo que ampliarla hasta el 28 y volver a abrir puntualmente en otras dos ocasiones para que fuese cumplimentado por dos alumnas.

El test fue realizado en la siguiente proporción:

Grupo control:	30
Varones:	9 <b>(30%)</b>
Mujeres:	21 <b>(70%)</b>
Grupo talleres:	21
Varones:	9 <b>(42,86%)</b>
Mujeres:	12 <b>(57,14%)</b>
Grupo paliativos:	19
Varones:	7 <b>(36,84%)</b>
Mujeres:	12 <b>(63,16%)</b>
TOTAL	70

Aunque las exigencias han sido mayores para los grupos de talleres y, especialmente, de paliativos, parece que la motivación ha sido un elemento importante para la implicación en el seguimiento del proyecto y que el alumnado con mayores responsabilidades ha sido también el que mejor ha respondido a las exigencias de la investigación. El grupo más reducido, el que asistió a cuidados paliativos, mantiene una proporción de género equivalente a la del curso de primero del Grado en Medicina del que provienen.

Los test van a ser exportados de Studium a SPSS para su análisis, al igual que se hizo en la primera pasación y cuyos resultados figuran en ANEXO.

## Conclusiones provisionales

En este momento aún no podemos plantear conclusiones sobre los efectos que han tenido talleres y asistencia a paliativos en las percepciones y actitudes del alumnado del primer curso del Grado en Medicina.

Podemos realizar algunas observaciones no conclusivas. En primer lugar es importante destacar la respuesta obtenida entre el alumnado, si bien sus objetivos eran los de entrar en contacto con el espacio clínico y los pacientes, lo que supuso una considerable frustración para los grupos designados como control o sólo talleres. Esto explica también el mayor abandono en el grupo control, menos motivado para seguir en el proyecto y desestimando el reconocimiento de beneficios en las calificaciones.

Para el grupo que asistió al Servicio de Cuidados Paliativos se fomentó la relación no sólo con los pacientes, sino con el conjunto de la familia y el acompañamiento en el duelo tras el fallecimiento de la persona biografiada cuando así haya acontecido.

Uno de los elementos que no estaban previstos inicialmente en el proyecto pero que se evidenció bien pronto es el efecto de que la primera experiencia en un entorno clínico sea en un equipo multidisciplinar con una organización horizontal. Este tipo de funcionamiento va a suponer una referencia ante experiencias posteriores, por lo que consideramos que también va a introducir diferencias en el aprendizaje que tendremos que valorar.

La satisfacción por parte de los profesionales con el alumnado ha sido alta y se ha mantenido un contacto frecuente, bastante condicionado por la motivación de algunos alumnos que han realizado biografías en las que se ha comprobado el desarrollo de una capacidad empática.

## Continuidad y difusión de los resultados

El proyecto proseguirá en los próximos cursos para valorar si esta primera experiencia condiciona el desempeño en el aprendizaje y en el inicio de las actividades clínicas que impliquen relación con el paciente.

Del mismo modo pretendemos repetir la experiencia con alumnado del primer curso del Grado en Medicina, durante el curso 2014-2015. A este respecto hemos efectuado algunas consideraciones para mejorar el proyecto.

- La distribución según sexo es bastante complicada de antemano. Se puede resolver si la aleatorización se realiza a posteriori, después de la realización del test. De ese modo se dividirían en dos grupos (varones y mujeres) y se combinarían atendiendo a la proporción que existe en el primer curso de Medicina
- La mortalidad que se produce en los grupos es otro problema: está claro que el grupo de paliativos es el que más exigencias va a tener, pese a lo que es el grupo control el que va a sufrir más abandonos por la falta de motivación. Se me ocurre:
  - o Motivar al grupo control con mensajes esporádicos contando cómo va el proyecto y lo importante que es la existencia de un grupo control. Aprovechar para sensibilizarlos y formarlos en metodología de la investigación
  - o Facilitar al grupo de paliativos su asistencia convocando mucho antes la actividad. Deberían estar acudiendo en el mes de marzo o, como muy tarde, a principio de abril.
- El cuestionario on line tiene grandes ventajas, pero hay que tener en cuenta
  - o Incluir un mensaje de confirmación una vez que lo han realizado, pues hay gente que lo ha enviado varias veces
  - o Siempre debe registrar quién lo ha enviado para poder realizar un cribado posterior, aunque esta información no llegará a los evaluadores
  - o Si el primer cuestionario es también on line sería preciso tener una reunión previa con ellos y otra posterior, pues necesitan alguna forma de motivación que no se obtiene sólo desde la plataforma

- Sería bueno incorporar al alumnado que ha realizado la actividad en paliativos en este año. La forma de incorporarlos permitiría que pudiesen hacerse más conscientes de la diferencia que se ha establecido en su formación y seguir reelaborando el significado de esos elementos diferenciales. La forma de participar podría ser:
  - o En la sesión de presentación de la actividad al alumnado de primero (que podría realizarse este año pasado San Lucas, para ir preparándoles)
  - o En la primera sesión con las personas candidatas
  - o En los talleres

El análisis de los resultados de los últimos test, las encuestas en paliativos y las memorias determinarán si hay diferencias significativas. En tal caso tenemos prevista una comunicación de los resultados en

- Association for Medical Education (AMEE), Glasgow 2015

Dependiendo también de los resultados que obtengamos tras los análisis pretendemos preparar un artículo que remitiríamos para su publicación en una revista de educación médica internacional (Academic Medicine o Medical Education). Dada su aplicación a los estudios de Grado en Medicina, consideramos también su posible publicación en FEM (Revistas de la Fundación Educación Médica, de la Sociedad Española de Educación Médica)

**ANEXOS**

**ANEXO 1. Reunión del equipo (24-1-2014)**

## **INNOVACIÓN DOCENTE**

### **La sensibilización precoz hacia la muerte como determinante en la adquisición de competencias actitudinales en estudiantes de Medicina**

**Acuerdos adoptados durante la reunión del viernes día 24 de enero de 2014**

### 1. Determinación del tipo de paciente

- a. Vamos a considerar a aquellos pacientes descritos como terminales (esperanza de vida inferior a seis meses) o en quienes esté presente la amenaza de una muerte muy próxima

### 2. Determinación del número de alumnos participantes

- a. Va a depender del número de pacientes disponibles. Para aumentar las posibilidades se va a contar con paliativos y con oncología.
- b. El número planteado inicialmente es de 30 alumnos.

### 3. Sobre el diseño de los grupos

- a. Se establecerán tres grupos de 30 alumnos cada uno:
  - i. Grupo de estudio: realizarán toda la actividad
  - ii. Grupo de comparación: sólo realizarán los talleres y los tests
  - iii. Grupo control: sólo responderán a los tests
- b. Los grupos se determinarán aleatoriamente y sólo se tendrá en cuenta la proporcionalidad de género
- c. A los grupos se les ofrecerán las siguientes compensaciones:
  - i. Grupo de estudio: convalidación de las competencias transversales en Psicología y reconocimiento de créditos en COTRAREC (de no ser posible se concederán puntos en las asignaturas de la carrera vinculadas al Proyecto)
  - ii. Grupo de comparación: se le convalidarán las competencias transversales en Psicología y reconocimiento de créditos en la COTRAREC (la mitad de los anteriores)
  - iii. Grupo control: sólo se les convalidarán las competencias transversales en Psicología.

### 4. Tareas a realizar por los integrantes del Proyecto

- a. Días 29 a 31 de enero:
  - i. Consuelo y Juan Antonio se entrevistan con Paco Vara en Paliativos. Procurarán acordar que puedan aceptar a los treinta alumnos.
  - ii. Martín habla en otras unidades de Montalvos
  - iii. Consuelo habla en Oncología
  - iv. Ángeles y Ginés hablan en Oncología
- b. Día 29:
  - i. Ángeles y Juan Antonio trabajan sobre los ítems del test (con ideas aportadas por todos los integrantes del Proyecto): : en relación con las competencias actitudinales del Grado en Medicina, más otras relacionadas con la percepción de la muerte
  - ii. Antonio, Ginés y Juan Antonio trabajan sobre el segundo taller.
  - iii. Ángeles, Gloria y Juan Antonio trabajan sobre el tercer taller
- c. Día 7 de febrero
  - i. Plazo máximo para tener montados los talleres

## 5. Cronograma:

- a. Día 12 de febrero:
  - i. Reunión informativa con el alumnado participante
  - ii. Realización de tests
  - iii. Establecer las preferencias de calendario para los tres talleres
- b. Entre los días 17 y final de febrero se realizarán los talleres
  - i. Martín: la experiencia de la muerte en un entorno clínico
  - ii. Antonio y Ginés: la muerte desde una perspectiva cultural
  - iii. Ángeles, Gloria y Juan Antonio: habilidades en la realización de entrevistas con pacientes (incluye simulación)
- c. Las visitas a los pacientes darán comienzo en marzo
- d. Las memorias y transcripciones deben entregarse a finales de abril al coordinador del Proyecto
- e. A finales de mayo se aplicarán nuevamente los tests
- f. En junio, el equipo que conduce el Proyecto evaluará los resultados y redactará la memoria final
- g. Envío de un artículo a Revista Española de Pedagogía, RIE o, si los resultados son muy satisfactorios: Academic Medicine, Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice

## 6. Definición del trabajo del alumno:

- a. El alumno establece una relación con la persona a quien va a entrevistar a la que pide que comparta los recuerdos de su vida a fin de conocer a una persona que atraviesa por un momento difícil en su salud. A cambio le entregará una copia de esa biografía que va a construir con el propio paciente.
- b. El alumno debe realizar un **mínimo** de tres visitas al paciente (una con acompañamiento de voluntarios/profesionales para su presentación y otras dos sólo)
- c. Es deseable que el alumno no abandone a la persona entrevistada tras concluir su trabajo
- d. El alumno, al finalizar sus encuentros, debe poder elaborar una biografía de la persona a quien visita. Como mínimo debe poder narrar:
  - i. Cómo ha sido y es su estructura familiar
  - ii. Cuál ha sido su vida laboral y cómo la valora
  - iii. ... [QUEDAN POR DETERMINAR LOS ITEMS EXIGIBLES]
- e. El alumno deberá grabar las entrevistas en audio para transcribirlas posteriormente. Considerará si el paciente y la relación que se ha establecido permiten la grabación audiovisual
- f. Al finalizar el Proyecto el alumno debe entregar al coordinador:
  - i. Una memoria de la actividad según el modelo que se establecerá
  - ii. La grabación de la entrevista
  - iii. Una copia de la transcripción de la entrevista

## **7. Planteamiento del desarrollo en el espacio clínico**

- a. Se solicitarán, desde la coordinación, los pertinentes permisos para el desarrollo de la actividad
- b. Los profesionales determinarán quiénes son los pacientes que pueden participar en el Proyecto
- c. Los profesionales hablarán previamente con los pacientes para contarles en qué va a consistir la actividad
- d. Los voluntarios/profesionales presentarán al alumno al paciente
- e. Tras esa primera visita el alumno comunicará al paciente su deseo de seguir visitándole y le preguntará si eso le apetece
- f. Las visitas se concertarán entre paciente y alumno, dando prioridad a las circunstancias del primero

## **ANEXO 2. Primer cuestionario**

**DATOS PERSONALES**

Edad:..... Sexo: Hombre  Mujer   
Estado civil: solter@  casad@  con pareja  Otros .....

Lugar de residencia habitual (domicilio familiar): .....

Tipo de residencia durante el curso: Colegio Mayor  Residencia   
Piso compartido  Vive solo

Tipo de estudios. Grado en: ..... **Curso:** .....

Tipo de familia: Familia nuclear (madre y padre e hijos)   
Familia extensa (padres e hijos y abuelos, tíos...)   
Familia monoparental (hijos viven sólo con uno de sus padres)   
Familia ensamblada, (madre con sus hijos con padre con sus hijos)   
Familia homoparental (pareja de hombres o de mujeres son progenitores)

Educación familiar recibida: autoritaria  permisiva  liberal  sobreprotectora

Nivel económico de la familia: alto  medio  bajo

A nivel religioso se considera: Creyente  practicante: si  no   
Agnóstico   
Ateo

Tipo de religión: .....

¿Ha habido o hay algún enfermo grave en su familia?: si  no

¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad grave?: si  no

¿Ha sufrido algún accidente importante?: si  no

¿Alguna de estas circunstancias han cambiado su actitud de la vida o la muerte?: si  o

**Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con ellas. Si está totalmente de acuerdo ponga una cruz en forma de aspa X sobre el 7, si está en desacuerdo póngala en el 1. Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones**

	Desacuerdo						Acuerdo
1.- Estoy preparado psicológica o emocionalmente para cuidar a personas enfermas .....	1	2	3	4	5	6	7
2.- Estoy preparado asistencialmente para cuidar a personas enfermas .....	1	2	3	4	5	6	7
3.- Estoy preparado psicológica o emocionalmente para cuidar a enfermos terminales .....	1	2	3	4	5	6	7
4.- Estoy preparado asistencialmente para cuidar a enfermos terminales .....	1	2	3	4	5	6	7
5.- El paciente tiene derecho a conocer su diagnóstico y pronóstico, aunque no sean favorables.....	1	2	3	4	5	6	7
6.- El paciente conociendo el diagnóstico, está en condiciones de tomar sus decisiones con libertad.....	1	2	3	4	5	6	7
7.- Hay que mantener la esperanza en un paciente terminal.....	1	2	3	4	5	6	7
8.- El paciente debe expresar sus sufrimientos y emociones ante la cercanía de su muerte .....	1	2	3	4	5	6	7
9.- Los pacientes tienen derecho a no morir solos.....	1	2	3	4	5	6	7
10.- Un enfermo terminal de cáncer muere con mucho dolor .....	1	2	3	4	5	6	7
11.- A un enfermo terminal medicamento se le puede ayudar muy poco .....	1	2	3	4	5	6	7
12.- Lo mejor es comunicar el diagnóstico al familiar y ocultarle la verdad al enfermo .....	1	2	3	4	5	6	7
13.- Para la familia y para el enfermo, lo mejor es que muera en su casa.....	1	2	3	4	5	6	7
14.- Es importante ante la muerte recibir apoyo psicológico .....	1	2	3	4	5	6	7
15.- El médico debe expresar sus sentimientos ante el equipo de trabajo.....	1	2	3	4	5	6	7
16.- La morfina crea adicción y anula la voluntad del paciente.....	1	2	3	4	5	6	7
17.- Ante un encefalograma plano desconectaría el respirador artificial.....	1	2	3	4	5	6	7
18.- Es importante ante la muerte recibir apoyo espiritual.....	1	2	3	4	5	6	7
19.- Evitaría las intervenciones cruentas en pacientes terminales .....	1	2	3	4	5	6	7
20.- La comunicación con los familiares es importante para el médico .....	1	2	3	4	5	6	7
21.- En un paciente terminal siempre hay que utilizar todos los medios a nuestro alcance para preservar la vida .....	1	2	3	4	5	6	7
22.- En pacientes terminales es trascendental el trabajo en equipo .....	1	2	3	4	5	6	7

**El siguiente cuestionario contiene varias afirmaciones sobre la muerte, lea cada afirmación e indique luego si está de acuerdo o en desacuerdo.**

	Desacuerdo			Acuerdo	
	1	2	3	4	5
1.- Pensar en la muerte es perder el tiempo .....	1	2	3	4	5
2.- La aceptación de mi muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida de mis pacientes.....	1	2	3	4	5
3.- La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad .....	1	2	3	4	5
4.- Yo pienso que después de la vida puede haber un lugar mejor .....	1	2	3	4	5
5.- La muerte puede ser una salida a la carga de la vida .....	1	2	3	4	5
6.- Experimento la muerte de mi paciente como un fracaso profesional .....	1	2	3	4	5
7.- Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.....	1	2	3	4	5
8.- No es bueno pensar deliberadamente en la inevitabilidad de mi muerte.....	1	2	3	4	5
9.- Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida .....	1	2	3	4	5
10.- Pienso que puede haber vida después de la muerte.....	1	2	3	4	5
11.- No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que se va a morir .....	1	2	3	4	5
12.- No me gustaría atender a un paciente agonizante .....	1	2	3	4	5
13.- Yo temo morir joven.....	1	2	3	4	5
14.- Cuando no hay nada más que ver en el mundo, deberíamos aceptar la muerte.....	1	2	3	4	5
15.- Preferiría morir a vivir sin calidad de vida.....	1	2	3	4	5
16.- He pensado en mi muerte como un hecho posible.....	1	2	3	4	5
17.- Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.....	1	2	3	4	5
18.- Veo a la muerte como un paso a la eternidad.....	1	2	3	4	5
19.- Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.....	1	2	3	4	5
20.- Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo .....	1	2	3	4	5
21.- No vale la pena seguir viviendo con mala calidad de vida .....	1	2	3	4	5
22.- Encuentro difícil encarar la muerte.....	1	2	3	4	5
23.- Espero con placer que haya vida después de la muerte.....	1	2	3	4	5
24.- Reconocer mi muerte como un hecho inevitable ayuda a mi crecimiento persona.....	1	2	3	4	5
25.- El más alto sentido de mi trabajo es salvar o alargar la vida de mi paciente, aunque padezca de una enfermedad terminal.....	1	2	3	4	5
26.- Me siento más libre al aceptar mi muerte.....	1	2	3	4	5
27.- Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte .....	1	2	3	4	5
28.- El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.....	1	2	3	4	5
29.- Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio .....	1	2	3	4	5
30.- Después de la muerte encontraré la felicidad.....	1	2	3	4	5
31.- Las personas sólo deberían pensar en la muerte cuando son viejos .....	1	2	3	4	5
32.- Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.....	1	2	3	4	5

**Conociendo su nivel de competencia, hasta qué punto se siente capaz de realizar las siguientes acciones:**

	<b>Incapaz</b>							<b>Capaz</b>
1.- Afrontar la muerte de una persona anciana .....	1	2	3	4	5	6	7	
2.- Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo .....	1	2	3	4	5	6	7	
3.- Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo .....	1	2	3	4	5	6	7	
4.- Afrontar la muerte de un enfermo de SIDA.....	1	2	3	4	5	6	7	
5.- Tocar un cadáver .....	1	2	3	4	5	6	7	
6.- Afrontar la muerte de un enfermo de cáncer.....	1	2	3	4	5	6	7	
7.- Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo.....	1	2	3	4	5	6	7	
8.- Comunicarte con un paciente moribundo .....	1	2	3	4	5	6	7	
9.- Visitar a un amigo moribundo.....	1	2	3	4	5	6	7	
10.- Dar el pésame a una familia de un paciente.....	1	2	3	4	5	6	7	
11.- Afrontar la muerte de un amigo de tu edad .....	1	2	3	4	5	6	7	
12.- Acompañar a una persona en el momento de su muerte .....	1	2	3	4	5	6	7	
13.- Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables.....	1	2	3	4	5	6	7	
14.- Permitir a un paciente moribundo que se comunique plenamente.....	1	2	3	4	5	6	7	
15.- Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente.....	1	2	3	4	5	6	7	
16.- Cuidar del paciente para que la familia tenga un respiro.....	1	2	3	4	5	6	7	
17.- Entender el duelo y el dolor de la pérdida.....	1	2	3	4	5	6	7	

### **ANEXO 3. Resultados del primer cuestionario**

## ***Resultados***

## RESULTADOS

### Descriptivos de muestra

La muestra quedó compuesta por 95 sujetos de edades comprendidas entre 18 y 22 años. La media alcanzó un valor de 18,35 años y  $Dt = 0,69$ . La distribución tiene asimetría positiva ( $As = 2,69$ ), es decir, predominan las edades más bajas (Fig. 1):

Esta asignación es completamente ajena a los investigadores encargados de realizar la parte metodológica, llevando a cabo un diseño de doble ciego.

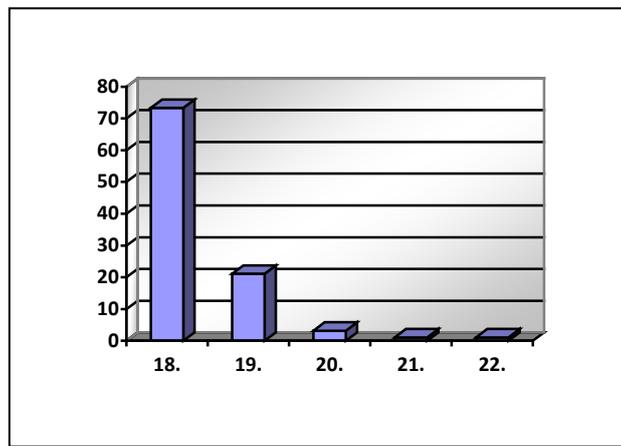


Fig. 1.: Edad

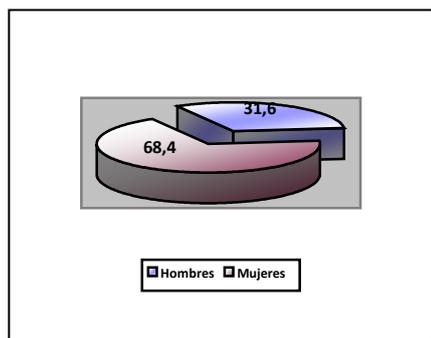
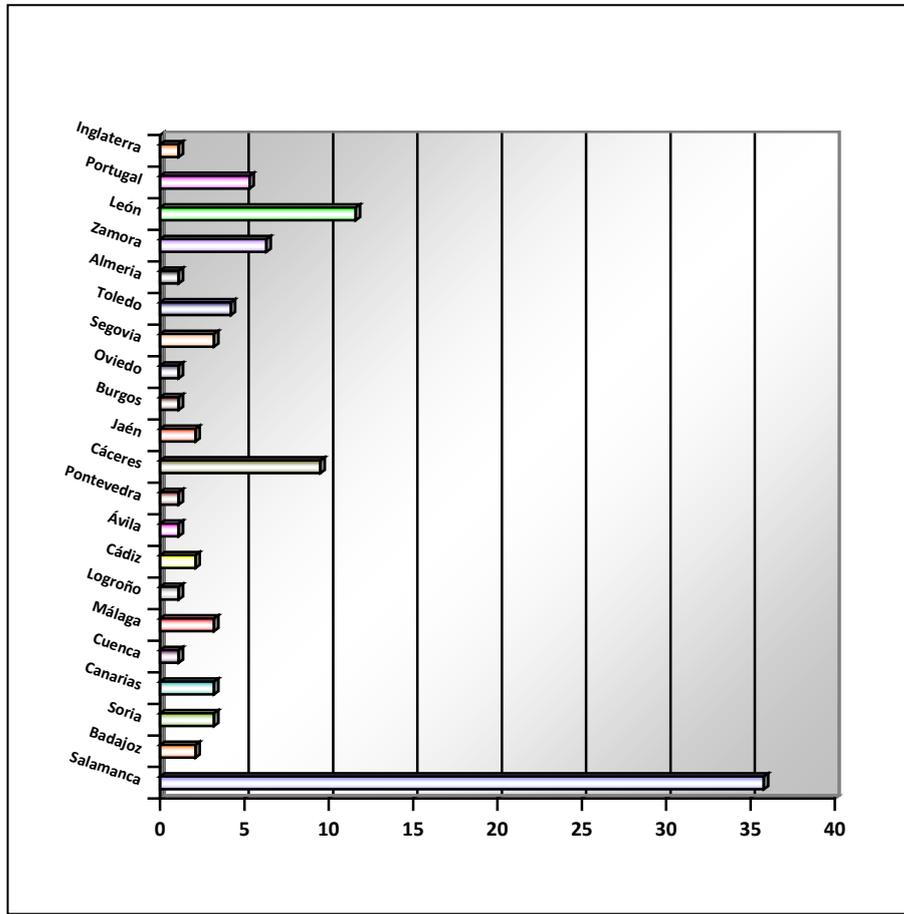


Fig. 2.: Sexo

Del total de participantes el 68,4% eran mujeres y el resto (31,6) hombres (fig. 2):

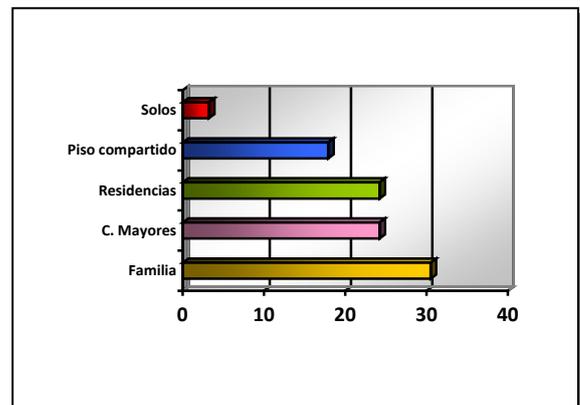
El estado civil de la mayoría era solteros (78,9) y un 21,1 tenían pareja.

Con respecto a la provincia de origen de los integrantes de la muestra, llama la atención que tan solo un 35,8% eran salmantinos, el resto puede decirse que cubrían un amplio espectro nacional, e incluso, internacional.



**Fig. 3.: Procedencia**

En concordancia la residencia durante el curso se reparte de la siguiente forma: el 30,5 vivían en el domicilio familiar, el 24,2% en colegios mayores, igual porcentaje que los que viven en residencias, un 17,9 en pisos compartidos y el resto (3,2%) lo hacen solos (Fig. 4).



**Fig. 4.: Residencia durante el curso**

La mayoría (72,6%) pertenecían a familias nucleares (padres e hijos), a familias extensas (padres e hijos y abuelos, tíos...) el 14,7% y monoparentales (hijos viven sólo con uno de sus padres) el 12,6%. A pesar que se daba la opción de familias ensambladas, (madre con sus hijos con padre con sus hijos) y homoparentales (pareja de hombres o de mujeres son progenitores), ninguno de los participantes eligieron estas opciones.

El tipo de educación recibida fue mayoritariamente permisiva (68,4%), el resto se distribuía en porcentajes iguales (10,5%) (fig. 5):

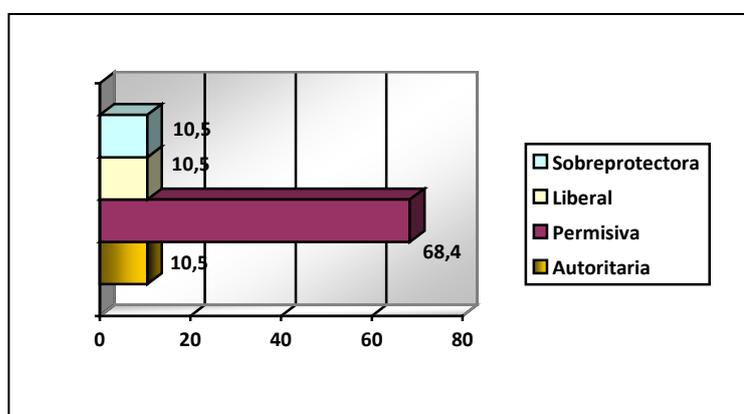


Fig. 5.: Educación familiar

La mayoría decían pertenecer a un nivel socioeconómico medio (94,7%), el resto se repartían entre alto (3,2%) y bajo (2,1%).

Una variable que nos pareció de importancia, por el tema de estudio, fue si pertenecían a alguna religión, si eran practicantes y qué tipo de religión profesaban (figs. 6, 7 y 8).

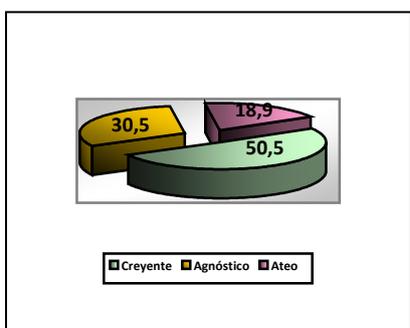


Fig. 6.: Religión

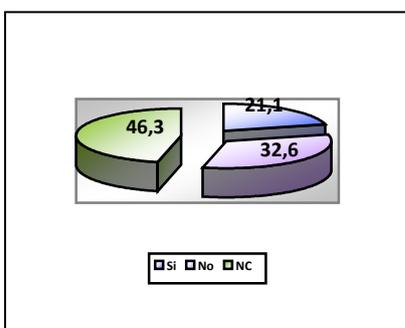


Fig. 7.: Practicante

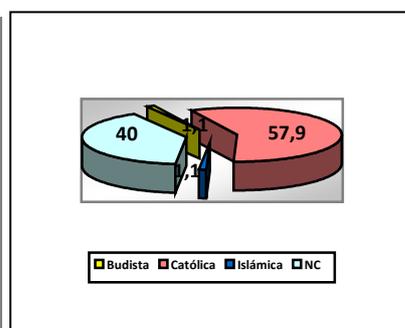
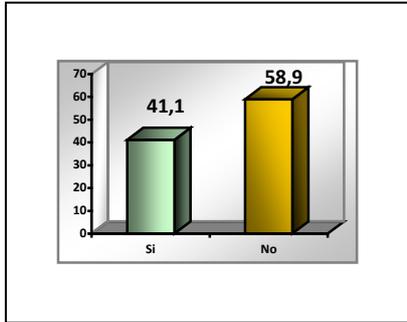
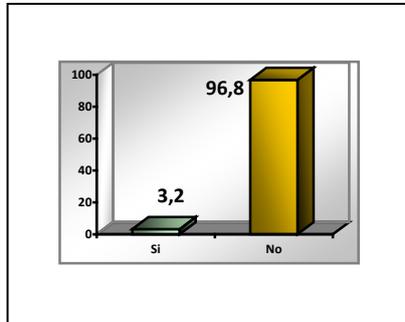


Fig. 8.: Tipo

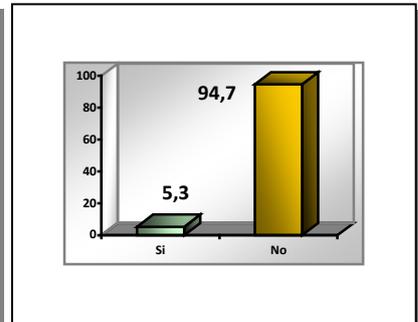
Otras variables de interés, fueron si habían tenido familiares con enfermedades graves, si ellos mismos sufrían o habían sufrido algún tipo de patología importante o si habían sufrido algún accidente importante, y si ello había repercutido en su actitud ante la vida.



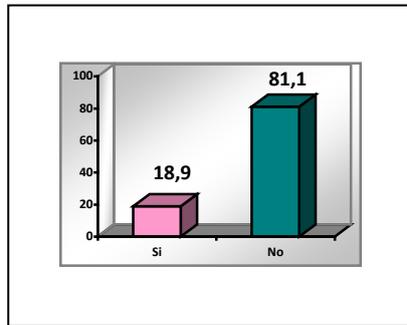
**Fig. 9.: Enf. Grave familiar**



**Fig. 10.: Enf. Grave personal**



**Fig. 11.: Accidente Grave**

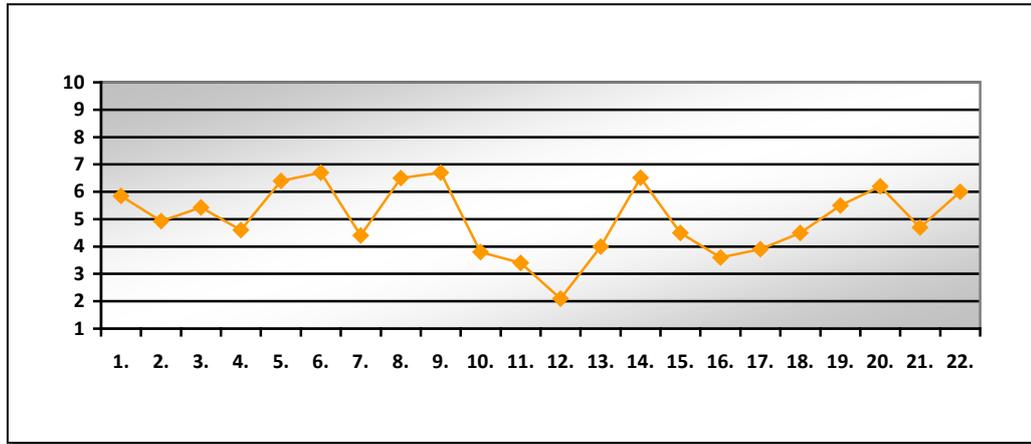


**Fig. 12: Repercusión personal**

Los participantes, al azar, fueron distribuidos en tres grupos, denominados H, N y W.

## Descriptivos de instrumentos

La encuesta realizada ofrece el siguiente perfil en las puntuaciones medias obtenidas:



Vemos en la figura 13, las medias más altas se producen en los ítems 6 (*El paciente conociendo el diagnóstico, está en condiciones de tomar sus decisiones con libertad*), 8 (*El paciente debe expresar sus sufrimientos y emociones ante la cercanía de su muerte*), 9 (*Los pacientes tienen derecho a no morir solos*) y 14 (*Es importante ante la muerte recibir apoyo psicológico*). La más baja, es decir, con el que están en mayor desacuerdo es en el 12 (*Lo mejor es comunicar el diagnóstico al familiar y ocultarle la verdad al enfermo*).

En la tabla I, se exponen los resultados en el Cuestionario de autoeficacia (Robbins) y en las subescalas del CAM-2):

**Tabla I.: Análisis control: subescalas del CAM-2**

Variable	media	Dt	Min.	Máx
Autoeficacia	99,90	10,30	77	119
Muerte como tránsito (Tr)	19,04	5,70	15	19
Temor (Tm)	17,28	4,88	14	17
Liberación (S)	9,83	2,91	8	10
Impacto emocional (IE)	9,18	2,05	8	9
Distanciamiento/Sensibilidad (D/S)	19,55	2,98	18	19
Mecanismos de Defensa (D)	14,68	2,96	13	14

## Análisis de Control

Una vez obtenida la muestra, teníamos que comprobar que entre los tres grupos no existían diferencias previas al inicio del estudio en las principales variables, ni en la batería de instrumentos.

Al realizar análisis de varianza y análisis de independencia de tablas de contingencia o  $\chi^2$ , los resultados indican que los tres grupos son completamente homogéneos, es decir, los resultados a posteriori podremos atribuirlos a la metodología introducida.

**Tabla II.: Análisis control: variables sociofamiliares**

Variable	g.l.	Análisis	Probabilidad (p)
Edad	2 , 95	F = 2,60	0,80
Sexo	2	$\chi^2 = 1,40$	0,50
E. Civil	2	$\chi^2 = 5,21$	0,08
Tipo familia	4	$\chi^2 = 0,94$	0,92
Educación familiar	6	$\chi^2 = 9,28$	0,14
Nivel socioeconómico	4	$\chi^2 = 5,18$	0,27
Religión	4	$\chi^2 = 7,88$	0,09
Practicante	4	$\chi^2 = 6,13$	0,18
Tipo religión	6	$\chi^2 = 9,34$	0,16
Enf. Graves familiares	2	$\chi^2 = 0,49$	0,78
Enf. Graves personales	2	$\chi^2 = 0,99$	0,95
Accidentes	2	$\chi^2 = 3,46$	0,18

En la escala de autoeficacia entre los tres grupos no existen diferencias  $F(2,95) = 0,23$ ;  $p = 78$ . Al igual que en la CAM-2 y en los ítems de la encuesta inicial (tablas III y IV)

**Tabla III.: Análisis control: subescalas del CAM-2**

Variable	g.l.	Análisis	Probabilidad (p)
Muerte como tránsito (Tr)	2 , 94	F = 0,90	0,41
Temor (Tm)	2 , 94	F = 2,04	0,14
Liberación (S)	2 , 94	F = 0,13	0,88
Impacto emocional (IE)	2 , 94	F = 1,09	0,34
Distanciamiento/Sensibilidad (D/S)	2 , 94	F = 0,46	0,66
Mecanismos de Defensa (D)	2 , 94	F = 0,72	0,49

**Tabla IV.: Análisis control: ítems encuesta**

<b>Variable</b>	<b>g.l.</b>	<b>Análisis</b>	<b>Probabilidad (p)</b>
Ítem 1	2 , 95	F = 2,18	0,12
Ítem 2	2 , 95	F = 0,71	0,49
Ítem 3	2 , 95	F = 2,27	0,11
Ítem 4	2 , 95	F = 0,21	0,81
Ítem 5	2 , 95	F = 0,44	0,64
Ítem 6	2 , 95	F = 0,68	0,51
Ítem 7	2 , 95	F = 0,19	0,82
Ítem 8	2 , 95	F = 1,98	0,15
Ítem 9	2 , 95	F = 1,91	0,15
Ítem 10	2 , 95	F = 0,62	0,54
Ítem 11	2 , 95	F = 1,20	0,31
Ítem 12	2 , 95	F = 0,24	0,78
Ítem 13	2 , 95	F = 0,94	0,39
Ítem 14	2 , 95	F = 0,56	0,58
Ítem 15	2 , 95	F = 0,03	0,97
Ítem 16	2 , 95	F = 0,21	0,81
Ítem 17	2 , 95	F = 0,02	0,97
Ítem 18	2 , 95	F = 2,97	0,06
Ítem 19	2 , 95	F = 0,88	0,42
Ítem 20	2 , 95	F = 0,60	0,55
Ítem 21	2 , 95	F = 0,18	0,83
Ítem 22	2 , 95	F = 0,93	0,39

Estos resultados evidencian que los tres grupos son completamente homogéneos, por lo tanto se puede asignar las diferentes tareas a dos de ellos y a identificar al que será el grupo control:

**Grupo 1 (DT):** sujetos con participación en docencia teórica (DT)

**Grupo 2 (DT+P):** sujetos con participación en docencia teórica y asistencia a la Unidad de Cuidados paliativos (P)

**Grupo Control:** sujetos que no reciben ninguna preparación ajena a los contenidos del Grado de Medicina (GC)

## **ANEXO 4. Programas de los talleres**

# LA SENSIBILIZACIÓN PRECOZ HACIA LA MUERTE COMO DETERMINANTE EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

## TALLERES

Facultad de Medicina, Aula 7

### Viernes, día 21 de febrero de 2014

16 h. Psicología, sociología y manifestaciones culturales de la muerte en Occidente.

Prof. Ginés Llorca

Prof. Antonio Carreras

17,30 h. La muerte desde la perspectiva de los cuidados

Prof. Martín Boyero

### Viernes, día 28 de febrero de 2014

16 h. Cuidados paliativos: una experiencia asistencial y de voluntariado

Prof. Francisco Vara

17 h. La entrevista con el paciente: consideraciones, estrategias y registro

Prof. M<sup>a</sup> Ángeles Díez

Prof. Gloria Bueno

Prof. Juan Antonio Rodríguez

**LA SENSIBILIZACIÓN PRECOZ HACIA LA MUERTE COMO  
DETERMINANTE EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS  
ACTITUDINALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

**SEGUNDO TALLER**

**Facultad de Medicina, Aula 6**

**Viernes, día 7 de marzo de 2014**

16 h. Cuidados paliativos: una experiencia asistencial y de voluntariado

Prof. Francisco Vara; Eva María Tejedor y María José Cardoso

16,45 h. La entrevista con el paciente: consideraciones y estrategias

Prof. M<sup>a</sup> Ángeles Díez

Prof. Gloria Bueno

17,15 h. Memoria y biografía: el uso de las fuentes orales

Prof. Juan Antonio Rodríguez

## **ANEXO 5. Instrucciones al alumnado**

## **INNOVACIÓN DOCENTE**

### **La sensibilización precoz hacia la muerte como determinante en la adquisición de competencias actitudinales en estudiantes de Medicina**

**Instrucciones para los encuentros con los pacientes**

### 1. Definición del trabajo del alumnado en las visitas:

- a. Los encuentros con los pacientes se realizarán según el cronograma y asignación que comunicará el Servicio de Cuidados Paliativos.
- b. Los encuentros con los pacientes se harán junto a personas del voluntariado y siguiendo sus indicaciones.
- c. El objetivo de los encuentros es conocer a la persona y servirle de apoyo en su situación actual.
- d. Es recomendable que el alumno establezca una relación de acompañamiento a la persona y su familia a lo largo de todo el proceso, dentro y fuera del hospital, siempre que las personas implicadas estén de acuerdo.
- e. Sólo se establece el requisito de que no pueden producirse menos de tres visitas a las personas asignadas.
- f. El alumno debe interesarse por lo que quiera comunicar la persona a quien visita, ya sea con palabras o con comunicación no verbal.
- g. El alumno debe intentar conocer a la persona como para poder recoger unos datos biográficos.
- h. Existirá un total respeto a la voluntad de la persona a quien se visite, tanto en sus silencios como en sus comentarios.
- i. Es deseable que la persona visitada comparta con el alumno sus recuerdos, permitiendo construir una historia de vida.
- j. El alumno valorará los momentos adecuados para introducir preguntas que le permitan biografar a la persona a quien visita.
- k. Un ejemplo de aspectos a conocer puede ser:
  - i. La estructura familiar (hermanos, pareja, hijos, nietos...)
  - ii. La vida laboral
  - iii. Cómo fue la infancia
- l. Se recurrirá, previo permiso del paciente y/o familia, a grabar en audio las visitas a fin de poder transcribirlas posteriormente. Esta grabación será en soporte digital, bien mediante opciones de teléfono móvil o con el préstamo de grabadora por parte de la unidad de Historia de la Medicina.
- m. Se comunicará a la persona y a la familia que se les dará copia de esta pequeña biografía.
- n. En caso de que sea pertinente se pedirá alguna fotografía o documento de interés para incorporarla a la biografía.
- o. Todo esto se hará desde el respeto a la persona y su familia y un interés real por el paciente, siendo la biografía una forma de apoyarla en el proceso al tiempo que se aprende.

### 2. Planteamiento del trabajo después de las visitas:

- a. El alumno deberá transcribir la entrevista realizada, respetando errores y repeticiones.
- b. Al finalizar el Proyecto el alumno debe entregar al coordinador:
  - i. Una memoria de la actividad según el modelo que se establecerá

- ii. La grabación de la entrevista en formato digital (envío por correo electrónico a [jardhm@usal.es](mailto:jardhm@usal.es) o entrega en cualquier soporte digital)
  - iii. Una copia de la transcripción
  - iv. Un copia de la biografía que se entregará al paciente o a su familia.
- c. El alumno elaborará una esmerada biografía que entregará al paciente o a su familia.

### 3. Memoria de la actividad:

- a. La memoria de la actividad debe recoger:
  - i. Nombre y apellidos del alumno
  - ii. Nombre y apellidos de la persona a la que se ha acompañado
  - iii. Nombre y apellidos del voluntario/a con quien se ha acudido
  - iv. Cronograma de visitas (días, horas, tiempo)
  - v. Circunstancias de cada visita (personas en la habitación, estado general del paciente, capacidad comunicativa, estado de ánimo, incidentes durante la visita, etc.)
  - vi. Valoración detallada del desarrollo de la práctica en su conjunto, siguiendo la técnica DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades)
  - vii. Valoración general de los resultados personales de la práctica siguiendo la técnica DAFO e intentando responder a la pregunta “¿qué he descubierto de mí mismo durante la práctica?”
- b. La memoria se entregará tanto impresa como en formato digital a través de correo electrónico a [jarshm@usal.es](mailto:jarshm@usal.es)
- c. La fecha máxima para entregar la memoria será el día 25 de junio de 2014.

### 4. Biografía de la persona entrevistada:

- a. Se concibe de una forma flexible, pues depende de muchos factores.
- b. La biografía recogerá los elementos fundamentales de la vida de la persona que ésta haya querido transmitir.
- c. La biografía debe realizarse desde el respeto y con la conciencia de que es un regalo para el paciente y/o su familia.
- d. Las posibilidades de la biografía pasarían por:
  - i. Transcripción completa de las grabaciones realizadas durante las visitas
  - ii. Incorporación de fotografías o recuerdos que hayan querido compartir las personas visitadas o sus familias.
  - iii. El CD-ROM con la grabación en audio de las visitas.
- e. Los materiales para su realización (papel, impresión, CD-ROM) serán provistos por el área de Historia de la Medicina.
- f. Se entregará una copia a la persona entrevistada o a su familia y otra junto a la memoria de la actividad.