

PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE

**La sensibilización precoz hacia la muerte
en la adquisición de competencias actitudinales
en estudiantes de Medicina: fase clínica**

(ID2016/205)

Convocatoria de Innovación Docente

Curso 2016-2017

Memoria provisional

30 de junio de 2017

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

Índice

Introducción _____	3
Breve descripción de las actividades del proyecto _____	5
Cronología, método y detalle de las actividades _____	7
Última fase y resultados _____	10
Conclusiones provisionales _____	11
Continuidad y difusión de los resultados _____	12
Anexos _____	13

Introducción

El curso 2013-2014 iniciamos un proyecto de innovación docente que pretendía promover y evaluar ciertas competencias actitudinales en estudiantes del Grado en Medicina. 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). No obstante, hasta ahora se muestran insuficientes las herramientas para evaluar si tales competencias son adquiridas más allá de su conocimiento teórico, aunque se presuponga que determinadas estrategias pueden ser eficaces en la práctica. Por otra parte, ni en las referidas competencias ni en las consideradas específicas queda explícito el lugar que la muerte y el temor a la misma desempeñan en la relación entre el profesional de la salud y los pacientes, pese a tratarse de un aspecto crucial.

Nuestro proyecto partió de la convicción de que asumir la mortalidad del paciente como ser humano permitiría 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 era, y es, 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.

Si en el primer proyecto buscamos comprobar si era posible tal formación en la adquisición de competencias, en la segunda fase del proyecto introdujimos variables individuales, algo que realizamos los cursos 2014-2015 y 2015-2016. Nuestra tercera fase, en este curso 2016-2017 se ha encontrado con diversas dificultades por lo que aún no ha podido ser concluida.

Para la fase clínica hemos encontrado dos dificultades: la de localización de los estudiantes de los grupos iniciales del curso 2013-2014 (traslados, acceso desigual a cuarto curso) y la resistencia de los hallados para realizar actividades extra debido a la saturación de clases. Esto motivo que solicitasen realizar el programa de cine-fórum a principio de curso, lo que nos coloca en septiembre de 2017.

Respecto a la actividad programada con estudiantes de primero de Medicina hemos vivido circunstancias y problemas que intentamos resolver: en primer lugar la menor respuesta a la convocatoria, pues, el conocimiento a través de estudiantes de cursos anteriores de las exigencias de la actividad han llevado a que sean muchos menos quienes hayan querido comprometerse lo que también supone un sesgo importante. Por otra parte, este año ha sido imposible encontrar pacientes adecuados en número suficiente dentro del período de trabajo (es una variable que no depende del equipo de investigación), de modo que han quedado estudiantes para concluir el proyecto durante el mes de septiembre. El último factor ha sido la baja por maternidad de la responsable de la organización de la práctica en el Servicio de Cuidados Paliativos, que junto a la proximidad de los exámenes, ha supuesto la suspensión de las actividades en hospital desde final de mayo.

Por este motivo el proyecto de innovación no concluirá hasta final de septiembre. Somos conscientes de que eso será incompatible con la aplicación de los gastos presupuestados (pues la necesidad se produce en la fase de elaboración de los trabajos de los estudiantes y eso queda fuera del plazo), por lo que no hemos hecho uso de la financiación concedida.

Lo que se expone a continuación son los pasos seguidos hasta ahora con los estudiantes de primero de Medicina con la idea de ofrecer la memoria final tras concluir en septiembre las actividades pendientes.

Breve descripción de las actividades del proyecto

Tras un proceso de difusión y captación de estudiantes para participar en el proyecto, el 19 de marzo se cerró el plazo de solicitudes con tan sólo 40 estudiantes, reducidos hasta 36 tras efectuar el test inicial, cerrado el día 25 de marzo. Esto nos obligó a cambiar la metodología seguida hasta ahora y establecer sólo dos grupos de estudio: un grupo control y otro grupo que recibió formación en talleres y, al concluirla, inició 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 utilizan diversos instrumentos:

- Tests de actitudes a todos los grupos al inicio y al final del curso (Robbins y CAM-2)
- Cuestionario a las personas que han realizado talleres (actitudes personales ante un diagnóstico de cáncer)
- 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

Para la fase clínica se realizó una búsqueda de los estudiantes que participaron en el primer proyecto del curso 2013-2014 a través de las matrículas de asignaturas de cuarto y de tercero. La falta de respuesta a las convocatorias por correo electrónico llevó a una solicitud de opiniones con los estudiantes localizados, lo que nos llevó a entender dificultades (cuarto curso tiene una estructura trimestral frente a tercero que la tiene cuatrimestral, de modo que, al no tener a todos los alumnos en el mismo curso se produce colisión con exámenes y programación de prácticas) y replantear la viabilidad

de planificar unas actividades durante el curso y posponerlas hasta septiembre en que existe unos horarios equiparables en todos los cursos.

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 en competencias transversales. 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 por diversas vías durante el primer cuatrimestre, con una sesión informativa el día 16 de marzo debido al escaso número de solicitudes. El día 19 de marzo se cerró el plazo para presentarlas.

El equipo de trabajo ha estado compuesto por:

- Juan Antonio Rodríguez Sánchez (coordinador, Historia de la Ciencia, Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico)
- M^a Ángeles Díez Sánchez (Psicología Médica, Departamento de Medicina)
- Gloria Bueno Carrera (Psicología Médica, Departamento de Medicina)
- Francisco Vara Hernando (Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos, Departamento de Medicina)
- Eva Tejedor Rodríguez (Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de los Montalvos)
- Antonio Carreras Panchón (Historia de la Ciencia, Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico)
- Ginés Llorca Ramón (Psiquiatría, Departamento de Medicina)
- Martín Boyero San Blas (Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de los Montalvos)
- Mercedes Sánchez-Granjel Santander (Historia de la Ciencia, Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico)

El equipo ratificó los acuerdos adoptados en la realización de los anteriores proyectos, con los cambios que se fueron introduciendo durante el desarrollo a partir de la anterior experiencia: 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.

El alumnado que había manifestado su deseo de participar en el proyecto y que cumplía los requisitos exigidos (40 estudiantes) realizó el cuestionario on line entre los días 20 y 25 de marzo. Al término sólo lo habían cumplimentado de forma adecuada 36 estudiantes que fueron divididos aleatoriamente en dos grupos.

La distribución fue la siguiente:

ESTUDIANTES DE PRIMERO DE MEDICINA

Total:	180
Varones:	63 (35%)
Mujeres:	117 (65%)

CANDIDATURAS

Total:	40
Varones:	7 (17,5%)
Mujeres:	33 (82,5%)

PARTICIPANTES FINALES (quienes realizaron el cuestionario en tiempo y forma)

Total:	36
Varones:	6 (16,7%)
Mujeres:	30 (83,3%)

DISTRIBUCIÓN EN GRUPOS

GRUPO A (creado aleatoriamente a partir de los participantes finales y cuya función en el estudio es la de grupo control)

Total:	18
Varones:	3 (16,7%)
Mujeres:	15 (83,3%)

GRUPO B (creado aleatoriamente a partir de los participantes finales y que realizó talleres y asistió a cuidados paliativos)

Total:	18
Varones:	3 (16,7%)
Mujeres:	15 (83,3%)

El test (ANEXO 1) 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 mostró que no existían diferencias entre los tres grupos al inicio del proyecto, lo que permitirá atribuir los cambios que se observan en la segunda pasación del test a las actividades programadas de sensibilización hacia la muerte (talleres y asistencia a paliativos).

El grupo B fue convocado para la realización de talleres, según las fechas acordadas con los participantes. Los talleres se redujeron a dos tardes completas los días 28 y 30 de marzo. Los talleres (ANEXO 2) 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, M^a Ángeles Díez, Gloria Bueno, Martín Boyero Y Juan Antonio Rodríguez. En este taller se realizó un ejercicio con el alumnado sobre sus actitudes ante un diagnóstico de cáncer (ANEXO 3) y un role-playing sobre visita a un paciente. En el segundo, participaron Antonio Carreras, Francisco Vara, Eva Tejedor y Juan Antonio Rodríguez.

Los talleres fueron completados en su totalidad.

Como queda dicho, la fase hospitalaria comenzó durante las vacaciones de Semana Santa para estudiantes de Salamanca que así lo pidieron y se prolongaron hasta final de mayo. Las instrucciones dadas a los estudiantes quedan recogidas en el ANEXO 4. Las fichas y autorizaciones se encuentran en los ANEXOS 5 y 6 Dado que aún no se han concluido, haremos una descripción y valoración en la memoria final.

Última fase y resultados

Pendiente.

Conclusiones provisionales

Pendiente.

Continuidad y difusión de los resultados

Pendiente.

ANEXOS

ANEXO 1
Cuestionario inicial (Studium)

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 res)
 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 no

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

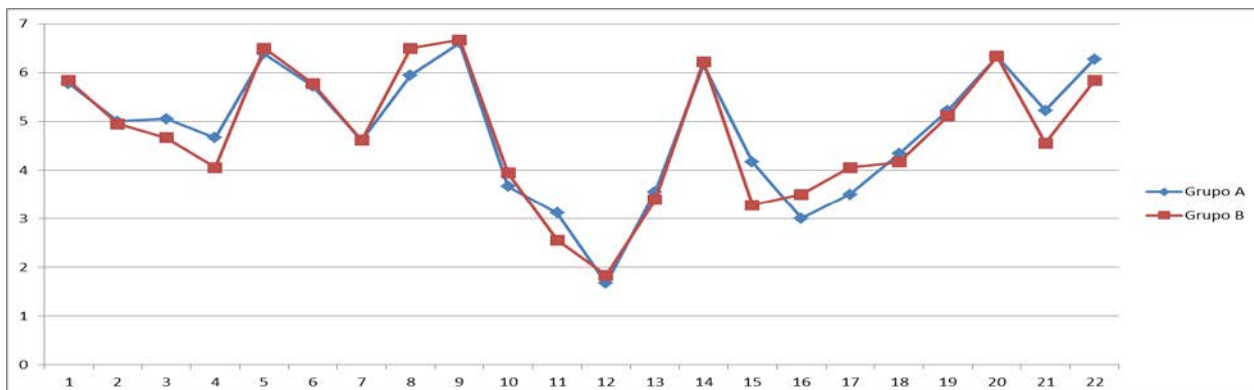
El siguiente cuestionario contiene varias afirmaciones sobre la muerte, lea cada afirmación e indique luego si está de acuerdo o en desacuerdo.

	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

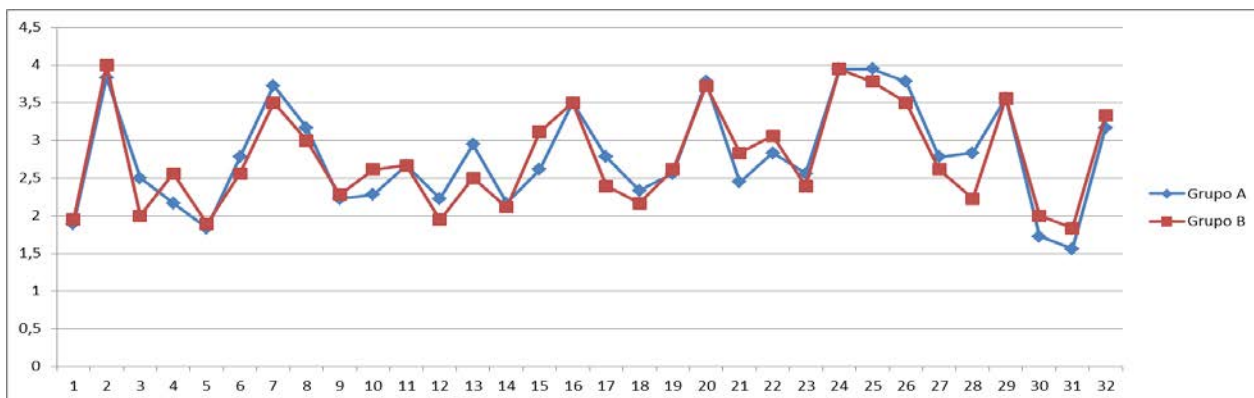
Conociendo su nivel de competencia, hasta qué punto se siente capaz de realizar las siguientes acciones:

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

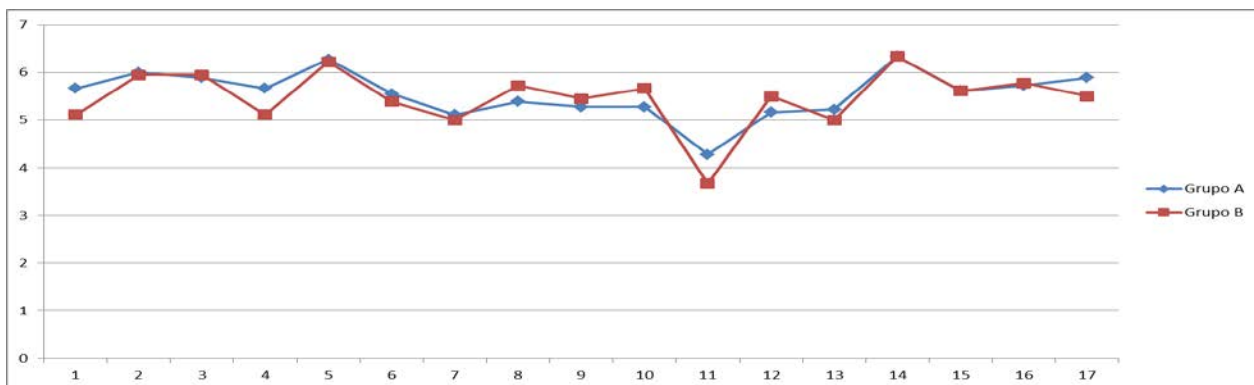
Test 1



Test 2



Test 3



ANEXO 2
Programa de los talleres

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

Facultad de Medicina, Aulas 7 y 2



PRIMER TALLER. Martes, día 28 de marzo de 2017 (Aula 7)

16 h. Presentación

Juan Antonio Rodríguez (Área de Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca)

16,15 h. La entrevista con el paciente: consideraciones y estrategias

M^a Ángeles Díez, Gloria Bueno (Área de Psicología Médica, Universidad de Salamanca)

16,45 h. Psicología de la muerte

Ginés Llorca (Área de Psiquiatría, Universidad de Salamanca)

17,15 h. La muerte desde la perspectiva de los cuidados

Martín Boyero (Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria, Complejo Hospitalario de Salamanca – Los Montalvos)

SEGUNDO TALLER. Jueves, día 30 de marzo de 2017 (Aula 2)

16 h. Manifestaciones culturales de la muerte en Occidente.

Antonio Carreras (Área de Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca)

16,30 h. Cuidados paliativos: una experiencia asistencial y de voluntariado

Francisco Vara, Eva Tejedor (Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria, Complejo Hospitalario de Salamanca – Los Montalvos)

17,15 h. Escuchar y conocer: desarrollo del proyecto

Juan Antonio Rodríguez

ANEXO 3

Cuestionario ante diagnóstico de cáncer

PROYECTO INNOVACIÓN DOCENTE

Salamanca, 28 de marzo de 2017

(ANTES DE CONTESTAR, PIENSA POR UN MOMENTO QUE EL 5 DE OCTUBRE DE 2017 YA NO ESTARÁS AQUÍ, TE PERDERÁN LOS TUYOS Y TÚ LES PERDERÁS A ELLOS...)

Edad:

Sexo:

Si tuvieras que padecer un cáncer, ¿cuál elegirías? y ¿por qué?

¿Quién querrías que te diese la noticia? y ¿por qué?

¿Cuándo querrías saberlo? y ¿por qué?

¿Dónde te gustaría recibir una noticia así? y ¿por qué?

¿Cómo te gustaría que te lo dijeren? y ¿por qué?

Perdona por este mal ratito, pero el "rollito" de la empatía me sugirió esto...
Gracias por tu colaboración compañer@.

ANEXO 4
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 elaborar una biografía de la misma, a través de lo que ella cuente o lo que refiera su familia.
- 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 biografiar 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 que se enfrenta 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. El alumno elaborará una esmerada biografía que entregará al paciente o a su familia.
- c. Al finalizar el Proyecto el alumno debe entregar al coordinador:

- i. Una memoria de la actividad según el modelo que se establece más adelante.
- ii. La grabación de la entrevista en formato digital (envío por correo electrónico a jarshm@usal.es o entrega en cualquier soporte digital)
- iii. Una copia de la transcripción
- iv. Una copia de la biografía que también 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
- c. La fecha máxima para entregar la memoria será consensuado con el grupo.

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.

ANEXO 5

Ficha de registro de entrevista

FICHA DE REGISTRO

Días (introducir todos): ____/____/____

Horas: _____

Lugar de la entrevista: _____

Nombre de la persona entrevistada: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Situación familiar (hijos, padres, otros): _____

Estudios: _____

Profesión: _____

Situación laboral: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo-electrónico: _____

Dispone de material adicional de interés para la investigación (fotografías o documentos):

Sí

No

Observaciones / Impresiones generales:

ANEXO 6

Autorización para grabación y uso de entrevista

Autorización para la grabación y uso de entrevistas

D / D^a _____, declaro que he sido informado/a por D. _____ alumno/a de Medicina de la Universidad de Salamanca, sobre el propósito de la grabación de la entrevista realizada, con fines exclusivamente académicos.

A) Por todo lo anterior autorizo a D. _____ para grabar esta entrevista - de la cual recibiré una copia-, transcribirla fielmente, analizarla y utilizar la información así obtenida en la elaboración de una biografía.

Del mismo modo deberá custodiar los documentos así obtenidos para preservar mis derechos y procurar el depósito de este material en un archivo oficial. Una vez ingresada la grabación en archivo sólo se podrá hacer uso de ella previa autorización mía o de mis familiares.

_____, ____ de _____ de _____

Firmado:

El/la estudiante: