

Daiana Carolina Rivarola
Josselyn Elizabeth Tigse Zaruma

**¿LOS/LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I
VIRGILI OBTIENEN DURANTE EL GRADO LOS RECURSOS NECESARIOS PARA
AFRONTAR EL PROCESO DE MUERTE?**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Raquel Tejada Musté

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2021

No pienses que me he ido

Si algún día visitas mi tumba no llores,
solo imagina que estoy durmiendo
te visitaré con el alba,
te abrazaré con el viento,
te besaré con la lluvia
y cantaré para ti en silencio
nunca pienses que me he ido,
porque entonces...
entonces, si habré muerto.

- Anónimo -

RESUMEN:

Introducción: Los/las profesionales de enfermería están expuestos diariamente a la muerte de los/las pacientes, por lo que es importante que durante el grado de enfermería reciban los conocimientos adecuados para afrontar estas experiencias.

Objetivo: Conocer si los/las estudiantes de enfermería de la URV obtienen, durante sus estudios de grado, los recursos, competencias y habilidades necesarios para afrontar el proceso de muerte.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal, con metodología de encuesta. El instrumento utilizado para la obtención de los datos fue un cuestionario compuesto por variables sociodemográficas, la Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen, la Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins y las Escalas para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales.

Resultados: Se obtuvo un total de 149 cuestionarios, de los cuales el 71.94% (n=104) referenciaron haber presenciado el proceso de muerte de un/una paciente. Por un lado, los/las estudiantes presentaron un afrontamiento “medio-moderado” y una autoeficacia “moderada” ante la muerte. Por otro lado, presentaron una preparación asistencial y emocional “regular” para cuidar enfermos terminales y una preparación asistencial y emocional “bastante buena” para cuidar enfermos no terminales.

Conclusiones: Los/las estudiantes de la URV no se sienten totalmente preparados/as para tratar a pacientes próximos a la muerte. En general, presentan una mejor preparación para cuidar enfermos no terminales, respecto a los terminales. Por otra parte, variables como campus, curso o edad repercuten en el nivel de afrontamiento, autoeficacia ante la muerte y en la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales.

La incompleta preparación para afrontar el proceso de morir reflejada por las escalas podría mejorarse incrementando la formación impartida sobre esta materia por la universidad.

Palabras clave: muerte, estudiantes, enfermería, afrontamiento, preparación.

ABSTRACT:

Introduction: Nursing professionals are exposed to death of patients daily, so it is important that during the nursing degree they receive the appropriate knowledge to face these experiences.

Objectives: Know if the nursing students of the URV obtain the necessary recourses, competences, and skills during their undergraduate studies to face the death process.

Methodology: A cross-sectional descriptive quantitative study was carried out, with survey methodology. The instrument used to obtain the data was a questionnaire composed of sociodemographic variables, Bugen's Coping with Death Scale, Self-efficacy scale related to Robbins hospices and the Scales to assess the self-perceived care and emotional preparation manifested by the subject to care for terminal and non-terminal patients.

Results: A total of 149 questionnaires were obtained, of which 71.94% (n=104) referenced to having witnessed the death process of a patient. On the one hand, the students presented a "medium-moderate" coping with death and a "moderate" self-efficacy before it. On the other hand, they presented a "regular" assistance and emotional preparation to take care for terminal patients and a "fairly-good" care and emotional preparation to care for non-terminal patients.

Conclusions: URV students do not feel fully prepared to take care of patients close to death. In general, they are better prepared to care for non-terminally ill patients, compared to terminally ill patients. On the other hand, variables such as campus, course or age have an impact on the level of coping, self-efficacy in the face of death and the assistance and emotional preparation to care for terminal and non-terminal patients.

The incomplete preparation to face the dying process reflected by the scales could be improved by increasing the training given on this subject by the university.

Key words: *death, students, nursing, coping, preparation.*

ÍNDICE:

1.	INTRODUCCIÓN.....	8
2.	MARCO TEÓRICO	11
2.1.	Muerte.....	11
2.1.1.	Definición.....	11
2.1.2.	Tipos de muerte.....	12
2.1.3.	Muerte hospitalaria	12
2.1.4.	Epidemiología.....	13
2.2.	Cuidados paliativos	15
2.2.1.	Definición.....	15
2.2.2.	Situación de últimos días	17
2.2.3.	Atención en centros sanitarios	17
2.2.4.	Atención domiciliaria.....	18
2.3.	Duelo	19
2.3.1.	Definición.....	19
2.3.2.	Etapas del duelo	20
2.4.	Enfermería y la muerte.....	20
2.4.1.	Estrategias de afrontamiento	21
2.5.	Estudiantes y la muerte	23
2.6.	Docencia impartida en el grado de enfermería.....	24
2.6.1.	Formación en España.....	24
2.6.2.	Formación en la Universitat Rovira i Virgili.....	24
2.7.	Teoría de enfermería: modelo de principiante a experta de Patricia Benner.....	25
3.	JUSTIFICACIÓN.....	27
4.	OBJETIVOS	28
4.1.	Objetivo general	28
4.2.	Objetivos específicos	28
5.	HIPÓTESIS	28

6.	METODOLOGÍA.....	28
6.1.	Diseño de la investigación.....	28
6.2.	Población de estudio.....	29
6.2.1.	Criterios de inclusión/exclusión.....	29
6.3.	Muestra.....	29
6.4.	Instrumentos para la recogida de datos.....	30
6.5.	Recogida de datos	32
6.6.	Análisis de los datos	32
6.7.	Cronograma.....	34
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.....	35
8.	RESULTADOS	35
8.1.	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	36
8.2.	Análisis descriptivo de las escalas	36
8.2.1.	Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen	36
8.2.2.	Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins.....	44
8.2.3.	Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales	53
8.2.4.	Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales.....	58
8.2.5.	Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales	60
8.2.6.	Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales.....	61
9.	DISCUSIÓN.....	63
10.	CONCLUSIONES.....	70
11.	RELEVANCIA CIENTÍFICA DEL PROYECTO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	72
12.	BIBLIOGRAFIA.....	73
	ANEXOS.....	80
	Anexo 1: Relación terapéutica y comunicación en la enfermería: Competencias.....	80

Anexo 2: Relación terapéutica y comunicación en la enfermería: Contenido de la asignatura.....	80
Anexo 3: Relación terapéutica y comunicación en la enfermería: Resultados de aprendizaje	81
Anexo 4: Enfermería en cuidados críticos: Competencias	82
Anexo 5: Enfermería en cuidados críticos: Contenido de la asignatura.....	82
Anexo 6: Enfermería en cuidados críticos: Resultados de aprendizaje	83
Anexo 7: Cuidados paliativos: Competencias	84
Anexo 8: Cuidados paliativos: Contenido de la asignatura.....	84
Anexo 9: Cuidados paliativos: Resultados de aprendizaje	85
Anexo 10: Prácticas clínicas III: Competencias.....	86
Anexo 11: Prácticas clínicas III: Contenido de la asignatura	88
Anexo 12: Prácticas clínicas IV: Competencias	89
Anexo 15: Prácticas clínicas V: Competencias	92
Anexo 16: Prácticas clínicas V: Contenido de la asignatura.....	93
Anexo 17: Prácticas clínicas V: Resultados de aprendizaje	94
Anexo 18: Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen.....	95
Anexo 20: Escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales.....	97
Anexo 19: Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins.....	98

1. INTRODUCCIÓN

La muerte se define como un *“colapso de los órganos vitales, teniendo una parada progresiva de toda actividad del organismo, pudiendo ser de forma súbita, enfermedades agudas o accidentes, o lentas, enfermedades crónico-degenerativas, seguidas de una degeneración de los tejidos”* (1).

Es un proceso natural que forma parte del ciclo de la vida pudiendo suponer un momento de inestabilidad tanto para la propia persona como para su entorno más cercano, por lo que es importante tomar consciencia y reflexión sobre ella. Especialmente causa un gran impacto en el personal sanitario, ya que está expuesto continuamente a ella durante su jornada laboral (2).

En la actualidad, el proceso de morir ha pasado de permanecer en el núcleo familiar a formar parte de los centros sanitarios (2), convirtiéndose en un suceso institucionalizado y, por tanto, la proximidad a la muerte se convierte en una experiencia frecuente (3). Este cambio ha generado que los profesionales sanitarios tengan un papel más importante en este proceso tan impactante en la vida de los pacientes y familiares.

En España, un reciente estudio de ámbito nacional y de base poblacional realizado con los datos de los certificados de defunción ha mostrado que, en consistencia con lo que sucede en muchos países, la mayoría de las personas muere en el hospital (4).

Dado que las prácticas en centros hospitalarios se inician desde el primer año de carrera, como es el caso de la URV, el contacto con la experiencia de la muerte puede darse en cualquier momento y es uno de los momentos más estresantes que experimentan los/las estudiantes de enfermería (5), ya que además de enfrentarse al miedo del paciente y al de su familia, deberán enfrentarse a sus propios temores (2). En consecuencia, sería importante tratar este proceso desde un principio.

Orozco González et al. (6) señalan que los/las estudiantes reconocen la necesidad de conseguir la preparación adecuada en aspectos vinculados al proceso de duelo y la muerte ya que, en muchas ocasiones, no se sienten capaces de proporcionar apoyo al paciente y a su familia. A causa de esto, se evidencia que, durante la formación universitaria existen carencias en la adquisición recursos de afrontamiento ante el cuidado de un paciente durante la vivencia del proceso final de vida (7). Así pues, no se cuenta con la preparación necesaria para el manejo de las emociones y sensaciones que se derivan del primer contacto con la muerte de un paciente.

Por este motivo, es fundamental proporcionar apoyo psicológico y formación adecuada para que los/las estudiantes desarrollen recursos personales para afrontar el estrés y la ansiedad que puedan ocasionar este tipo de situaciones (6). Algo que, además, les servirá de ayuda en la gestión de este proceso (5), proporcionándoles una sensación de seguridad que los capacite para el afrontamiento y el desarrollo de una atención profesional adecuada (7). Y que, contribuirá a la adquisición de unos conocimientos básicos sobre qué es la muerte, cómo afrontarla y cómo cuidar a los pacientes y familiares que están viviendo el proceso.

La educación y la formación sobre la muerte y cuidados paliativos se han mostrado eficaces a la hora de reducir los niveles de ansiedad ante la muerte, mejorar la actitud positiva hacia el enfermo terminal y la eficiencia en el trato con la familia (7). Aun así, dicha formación, junto a la tanatología se presenta de forma escasa dentro de los contenidos de las asignaturas proporcionadas por los Grados de Enfermería (6,8), de esta forma, los/las estudiantes expresan la necesidad de profundizar la formación en estos ámbitos (5).

La tanatología se reconoce como la ciencia que estudia y reflexiona sobre la muerte, las relaciones del hombre con ésta y sus consecuencias (6). Por otro lado, según la OMS (9) *“Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.”*

El hecho de poder cursar asignaturas relacionadas con estos temas podría contribuir a disminuir el impacto psicológico y emocional que el fallecimiento de un paciente ocasiona en muchos/as estudiantes (7).

Molina Banqueri (7) señala que, durante el análisis de los planes de estudios, en este caso, el grado de enfermería, se enfatiza en el aspecto biológico del paciente, dejando de lado una parte del aspecto psicológico, hecho que provoca que los/las estudiantes no se sientan preparados para afrontar procesos generadores de ansiedad como es la muerte de un paciente. En consecuencia, muchos/as profesionales de la salud han manifestado que existen carencias formativas en los aspectos psicológicos relacionados con el final de la vida, y presentan dudas sobre las competencias que se adquieren en los planes de estudios universitarios.

En la práctica diaria el/la profesional de enfermería tiene un rol definido como sujeto cuidador a la hora de proporcionar dichos cuidados. Deben tenerse en cuenta los conocimientos científicos adquiridos a lo largo del grado, además de la destreza y experiencia del profesional, ya que el conjunto aportará calidad a los cuidados y beneficiará el resultado final, siendo evaluado a través del nivel de satisfacción del paciente (10).

Relacionado con la experiencia del/la enfermero/a, cada vez que afronta una situación específica, en este caso el proceso de muerte, se realiza un aprendizaje generando habilidades y competencias propias de la práctica clínica, las cuales le serán de utilidad cuando presente una situación similar (10).

A raíz de esto, se relaciona este aprendizaje con la teoría de enfermería de Patricia Benner. Esta teoría muestra el modelo de enfermera de principiante a experta, adquiriendo la excelencia y el dominio de la práctica de la enfermería clínica a través de proceso que el/la enfermero/a atraviesa desde recién graduado/a hasta que se especializa en un área determinada. En el transcurso de la transformación van surgiendo una serie de cambios de conducta y se van adquiriendo habilidades que proporcionaran una mejor calidad en el ámbito profesional (10).

La finalidad de este trabajo es conocer si existe alguna carencia educativa sobre el proceso de muerte durante el grado de enfermería impartido por la Universitat Rovira i Virgili (URV). Esta carencia podría derivar en una dificultad para afrontar la muerte en el ámbito profesional. Por consiguiente, la pregunta de investigación planteada es la siguiente: ¿Obtienen la formación necesaria los/las estudiantes de la URV para afrontar el proceso de muerte?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Muerte

2.1.1. Definición

La muerte es un proceso natural e innato en el proceso vital de los seres humanos (2), consecuencia inevitable de la vida (11). Este fenómeno no es solo un hecho fisiológico, sino que engloba aspectos culturales y sociales influenciados por distintos ámbitos como la religión, la familia, la economía y la política (12), además de los valores personales de cada individuo (13). El hecho de afectar a las personas más allegadas del fallecido evidencia la dimensión social y cultural.

A lo largo de la historia, la representación individual y social de la muerte ha ido desarrollándose de forma radical (2). Hasta inicios del siglo XX, la muerte formaba parte del entorno familiar, siendo aceptada como un hecho natural que ocurría en compañía de los seres queridos (14). En la segunda mitad del mismo siglo, la aceptación de la muerte evolucionó de forma desadaptativa, pasando a ser negada y apartada del contexto familiar, reservándose al ámbito hospitalario. Según Sanz Ortiz (15), *“la muerte en el plano antropológico equivale a la eliminación de la persona, en el plano moral y ético es una constante fuente de problemas y en el plano social un servicio que se tiende a ocultar.”*

A raíz de esto, la muerte, lejos de considerarse natural, se considera un fracaso tanto para la sociedad actual como para el sistema sanitario, convirtiéndose en un tabú (2,13,14). Este tabú actual, ha provocado una mayor invisibilización de los ritos y las costumbres de las culturas que van unidas al proceso de morir (12).

El proceso de morir viene acompañado por diversas ceremonias con el tratamiento de la persona fallecida, las cuales están influenciadas por la cultura, las creencias religiosas y la clase social (16). Todos estos rituales buscan reestablecer el orden social (16).

A través de la aparición de la *“medicina moderna con todas sus tecnologías complejas”*, en palabras de Gordon (17), estos rituales y ceremonias han sido reemplazados por intervenciones médicas. Estas intervenciones y sucesos son, a menudo, lo que se recuerda durante la ceremonia tras la muerte de la persona (17).

2.1.2. Tipos de muerte

A la hora de conceptualizar la muerte, existen diferentes tipos de definiciones, muy distintas entre ellas. Por ello, dependiendo de la persona que muere, de los familiares o del entorno, encontramos los siguientes modelos de muerte:

- Muerte sociológica: implica la parte emocional de este proceso, y se trata de la desunión emocional definitiva, antes del fallecimiento, entre el paciente y las personas cercanas a ésta (11).
Es común que, durante esta fase, que normalmente corresponde a la fase terminal de la enfermedad, la familia y los profesionales sanitarios se distancien del enfermo, llegando a tratarlo como una tercera persona, número o una enfermedad como si la muerte biológica ya se hubiese producido (11).
- Muerte psicológica: sucede cuando la actividad psicológica del paciente, como las necesidades físicas y emocionales, sentimientos y pensamientos, dejan de producirse, se paralizan, y en consecuencia se produce una admisión de su muerte inminente. Para poder hablar de muerte psicológica, primero se deberá dar la muerte sociológicamente (11).
- Muerte biológica: parada de las funciones del organismo. Existe un cesamiento de órganos vitales (18).
- Muerte fisiológica: instante en que se detiene la función del sistema orgánico. Se define como la ausencia de signos vitales (11).

2.1.3. Muerte hospitalaria

A lo largo de las últimas décadas, el estudio de la toma de decisiones en torno al lugar de la muerte está recibiendo especial atención en el campo de los cuidados paliativos y el final de vida (19). De los diferentes lugares donde morir, el preferido tanto en la comunidad como entre los pacientes en situaciones de fin de vida ha sido en el hogar. Además, morir en casa es un indicador de calidad en los programas de cuidados paliativos (4).

Morir en el domicilio proporciona confort, intimidad, seguridad y nos permite estar cerca de nuestro entorno y seres queridos (12). Por otro lado, en palabras de San Ortiz (15), morir en el hospital es sinónimo de morir solo.

Sin embargo, la evolución desadaptativa de la muerte ha generado que ésta pase de permanecer en el núcleo familiar a formar parte de los centros sanitarios (2,14),

convirtiéndose en un suceso institucionalizado frecuentemente vivido por el personal sanitario (3,20).

En España, un reciente estudio de ámbito nacional y de base poblacional realizado con los datos de los certificados de defunción ha mostrado que, en consistencia con lo que sucede en muchos países, la mayoría de las personas muere en el hospital, siendo la causa de la muerte el predictor más importante del lugar del fallecimiento, y la edad, el estado civil y el nivel de urbanización, las variables sociodemográficas más determinantes (4).

La situación actual que estamos viviendo a causa del COVID-19 y sus consecuencias imprevistas, ha ocasionado un mayor número de muertos y está afectando la forma en la que las personas mueren (21). En Catalunya, según la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) (22), desde el 11 de mayo de 2020 hasta el 03 de marzo de 2021, hubo un total de 451.197 casos por COVID-19, de los cuales 16.356 fueron hospitalizadas, 1.210 ingresaron en UCI y un total de 4.195 fallecieron.

2.1.4. Epidemiología

Según los datos del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) (23), durante el año 2014, fallecieron un total de 61.319 personas en la comunidad autónoma de Cataluña, de las cuales 30.866 y 30.453 fueron hombres y mujeres (tabla 1). Centrándonos en la provincia de Tarragona, durante ese año, fallecieron un total de 6.479 personas de las cuales 3.404 fueron hombres y 3.075 fueron mujeres (tabla 2).

DEFUNCIONES SEGÚN EL LUGAR DE LA MUERTE Y SEXO. CATALUÑA 2014			
LUGAR DE LA MUERTE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Domicilio particular	5.452	5.793	11.245
Centro hospitalario	15.802	13.972	29.774
Residencia sociosanitaria	5.243	7.751	12.994
Otros lugares	214	286	500
No consta	4.155	2.651	6.806
Total	30.866	30.453	61.319

Tabla 1: Defunciones según lugar de la muerte y sexo. Cataluña, 2014. Fuente: Idescat (23)

Tras revisar las defunciones según el lugar donde se produjeron (tabla 1), se puede observar que Cataluña registró un total de 29.774 muertes en centros hospitalarios. En cambio, las defunciones producidas en el domicilio suman un total de 11.245 muertes.

En el mismo año (tabla 2), en la provincia de Tarragona, se registraron un total de 6.479 muertes, de las cuales 2.994 se produjeron en un centro hospitalario, mientras que 1.451 de las muertes tuvieron lugar en el domicilio particular.

DEFUNCIONES SEGÚN EL LUGAR DE LA MUERTE Y SEXO. TARRAGONA 2014			
LUGAR DE LA MUERTE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Domicilio particular	723	728	1.451
Centro hospitalario	1.651	1.343	2.994
Residencia sociosanitaria	566	743	1.309
Otros lugares	34	32	66
No consta	430	229	659
Total	3.404	3.075	6.479

Tabla 2: Defunciones según lugar de la muerte y sexo. Tarragona, 2014. Fuente: Idescat (23)

Durante el año 2019, fallecieron un total de 64.547 personas en la comunidad autónoma de Cataluña, de las cuales 32.498 fueron hombres y 32.049 mujeres. Centrándose en la provincia de Tarragona, durante ese mismo año, fallecieron un total de 7.041 personas de las cuales 3.708 y 3.333 fueron hombres y mujeres (23).

Según el lugar donde se produjeron (tabla 3), Cataluña registró un total de 34.384 muertes en un centro hospitalario, mientras que las defunciones en el domicilio particular fueron tan solo de 10.374.

DEFUNCIONES SEGÚN EL LUGAR DE LA MUERTE Y SEXO. CATALUÑA 2019			
LUGAR DE LA MUERTE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Domicilio particular	5.033	5.341	10.374
Centro hospitalario	18.352	16.032	34.384
Residencia sociosanitaria	5.184	8.426	13.610
Otros lugares	163	238	401
No consta	3.766	2.012	5.778
Total	32.498	32.049	64.547

Tabla 3: Defunciones según lugar de la muerte y sexo. Cataluña, 2019. Fuente: Idescat (23)

En el mismo año, de las 7.041 muertes registradas en la provincia de Tarragona, un total de 3.768 fueron en un centro hospitalario, mientras que 1.215 se produjeron en un domicilio particular (tabla 4).

DEFUNCIONES SEGÚN EL LUGAR DE LA MUERTE Y SEXO. TARRAGONA 2019			
LUGAR DE LA MUERTE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Domicilio particular	612	603	1.215
Centro hospitalario	2.068	1.700	3.768
Residencia sociosanitaria	531	755	1.286
Otros lugares	22	46	68
No consta	475	229	704
Total	3.708	3.333	7.041

Tabla 4: Defunciones según lugar de la muerte y sexo. Tarragona, 2019. Fuente: Idescat (23)

Si analizamos el periodo de los últimos 5 años, podemos observar cómo se ha producido un aumento en la tendencia de morir en un hospital. Entre el periodo 2014-2019 hubo un incremento del 25,85% de las defunciones producidas en un centro hospitalario.

A raíz de los datos obtenidos, se evidencia el concepto de muerte hospitalaria (2,13), debido a que se producen más defunciones en los centros hospitalarios en comparación al domicilio particular.

2.2. Cuidados paliativos

2.2.1. Definición

Los cuidados paliativos (CP) son una modalidad de la medicina, formada por un equipo interdisciplinar (24) y multidisciplinar (25–27), que se centra en el alivio del sufrimiento y en la promoción de una atención de calidad en las personas con enfermedad en fase terminal (28).

La persona que se encuentra en fase terminal es aquella que presenta una enfermedad avanzada y progresiva que no responde a ningún tratamiento específico, con presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, que comporta un gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico; evolucionando de forma interrumpible hacia la muerte en un periodo inferior a 6 meses (24,28).

Por otro lado, según la OMS (9) *“Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento*

correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.”

La OMS (29), también define los principios de los CP:

- *“Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes”.*
- *“Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal; los CP no adelantan ni posponen la muerte”.*
- *“Integrar los aspectos psicológicos y espirituales de los pacientes, intentando realizar todos los cuidados en el entorno natural del paciente, su domicilio”.*
- *“Ofrecer un soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, considerando la enfermedad en función del sufrimiento que provoca”.*
- *“Ofrecer un sistema de ayuda a la familia durante la enfermedad y durante el duelo.”*

Todo ello, con los objetivos de mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno (familia, cuidadores...), mitigar el sufrimiento (en todas sus formas) y ofrecer la máxima ayuda posible a la persona enferma y a su entorno, con el fin de vivir cómodamente el periodo del final de vida y ayudar a morir tranquilamente (28).

La Guía de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (28), también destaca la atención integral, englobando tanto aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales. Además, resalta la importancia de generar una “atmosfera” de confort, respeto, soporte y comunicación para mejorar el control de síntomas.

De esta forma, el objetivo terapéutico de los CP irá dirigido a la promoción del confort del enfermo y también a su familia, ya que ésta juega un papel muy importante, pues en muchas ocasiones es ella quien preste los cuidados y pasará más tiempo con el paciente. Por lo tanto, los instrumentos principales para que los cuidados sean totalmente eficaces son conseguir una comunicación eficaz, apoyar a la familia y controlar los síntomas (30).

Es importante no olvidar que los profesionales que conviven diariamente con estos pacientes presentan altos niveles de sufrimiento y requieren una buena preparación para afrontar estas situaciones. Es fundamental la adquisición de mecanismos que prevengan el *burnout*. Por este motivo es aconsejable que este aprendizaje deba tener comienzo en los estudios universitarios (31).

2.2.2. Situación de últimos días

La situación de últimos días (SUD) o fase agónica consiste en la etapa final de la enfermedad terminal que se encuentra marcada por un deterioro importante de la situación funcional (24), con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso como dolor, ansiedad, depresión, debilidad, anorexia, estados confusionales, etc (32). Esta etapa es un indicador de muerte inminente que puede durar horas o días (28).

Una característica fundamental es el gran impacto emocional que provoca sobre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico. Este recuerdo puede actuar como desestabilizador durante el proceso del duelo (24,32).

Durante este proceso, el personal de enfermería se centrará en los cuidados de confort por considerarse básicos para aumentar la calidad de vida de los pacientes (32). De esta forma, irán dirigidos al control de la agonía, retirando aquellos tratamientos que no influyan en el alivio de los síntomas, conocido como limitación del esfuerzo terapéutico. La presencia de síntomas no controlados con los tratamientos proporcionados son un criterio para la sedación paliativa, buscando la anulación completa de la percepción del sufrimiento no controlado, conocido como síntomas refractarios (28).

En palabras del libro *“Eutanasia y sedación paliativa en pacientes terminales”* (33), la sedación paliativa consiste en la *“disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, se denomina sedación en la agonía.”*

2.2.3. Atención en centros sanitarios

El sistema sanitario español se basa, principalmente, en los cuidados curativos, entendiendo esto como la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Este hecho ha conllevado que se inviertan más recursos económicos en centros hospitalarios y consecuentemente, en algunos hospitales se han creado unidades de cuidados paliativos, donde se presta una atención especializada a los pacientes en una fase terminal de su enfermedad (34). De este modo, la estructura sanitaria debe adaptarse para dar una respuesta adecuada al cuidado del paciente en situación terminal (35).

Este tipo de servicio, que va dirigido a aquellos pacientes con una complejidad alta que no pueden ser atendidos en el domicilio, y depende de diversos factores (12):

- La evolución y complejidad de la enfermedad: síntomas de difícil control como la disnea, el dolor, la hemorragia y el delirio, requieren ingresos hospitalarios ya que necesitan recursos que no se encuentran disponibles en el domicilio.
- La atención domiciliaria: la poca disponibilidad y el difícil acceso de las familias a los servicios de cuidados paliativos y a equipos sanitarios de atención domiciliaria propician al cuidado hospitalario.
- Características asociadas a los cuidadores: se debe tener en cuenta la posibilidad de disponer de un cuidador principal, el hecho de cohabitar con el enfermo y la disponibilidad de más de un miembro de la familia que pueda dedicarse a la tarea de cuidar, entre muchos otros.

Por lo que se trata, principalmente, de pacientes que precisan de un cuidado especial o una monitorización continuada (25).

Aun así, lo más efectivo es la combinación de medidas, es decir, combinar la implantación de recursos específicos con medidas de adaptación de los recursos convencionales, o bien, asociar la formación de profesionales de atención primaria con la implantación de equipos específicos de soporte domiciliario (35).

Por un lado, la adaptación de los recursos convencionales tiene como objetivo general la mejora de la atención en todos los ámbitos de atención de cobertura universal (35), y por otro lado, los recursos específicos se dividen en: equipos de apoyo (hospital, domicilio, sistema integral), unidades (camas), y/o centros específicos monográficos. Las actividades pueden ser: atención a enfermos hospitalizados, atención ambulatoria, hospital de día, atención domiciliaria, atención telefónica especializada (35).

2.2.4. Atención domiciliaria

Es importante destacar la promoción, en la actualidad, de la atención al paciente terminal en su domicilio. Cataluña es la comunidad autónoma más adelantada, donde hay mayor presencia de cuidados paliativos y permite al 60% de sus pacientes fallecer de forma digna en su casa (32).

El domicilio es el lugar idóneo de atención a pacientes que se encuentran en situación de enfermedad avanzada, debido a que se encuentran en su entorno social y afectivo. Se trata del lugar preferido durante este proceso de final de vida y va dirigido a aquellos pacientes que presentan una complejidad media alta que pueden ser atendidos en su vivienda, teniendo acceso al servicio hospitalario cuando la situación lo requiera (25).

El equipo asistencial domiciliario juega un papel fundamental proporcionando niveles de diagnóstico, cuidados y tratamientos de intensidad y complejidad equivalentes a los proporcionados en los centros sanitarios (25).

Específicamente, el equipo de enfermería tiene como objetivo atender al paciente integralmente, orientar a la familia en los cuidados y con ello, conseguir que el paciente permanezca en su domicilio hasta el fin de la vida, recibiendo de forma adecuada los cuidados que precise (32).

2.3. Duelo

2.3.1. Definición

Se puede definir el duelo como *“la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento”* (36).

Este término se utiliza comúnmente para definir la reacción psicológica ante la enfermedad terminal y la muerte y puede implicar la pérdida real o percibida de algo significativo para la persona (37).

El duelo presenta diferentes fases o etapas sucesivas que se atraviesan a lo largo del tiempo hasta su resolución. Durante este proceso, pueden observarse diferentes niveles de respuesta: emocional, cognitiva, conductual, física, social y espiritual (36).

En el caso del fallecimiento por COVID-19, presenta un escenario de muerte muy diferente por la rapidez de los acontecimientos y por la incertidumbre (21). Esta situación excepcional ha generado un gran impacto emocional en los enfermos, familiares y profesionales, llevando a realizar cambios en todos los ámbitos de nuestra vida (21).

Lacasta Reverté et al. (21) ponen de manifiesto unos factores de riesgo específicos de duelo por la COVID-19 que podrían dificultar el procedimiento del duelo:

1. *“Pérdida súbita e imposibilidad de estar o ver al fallecido.”*
2. *“Creencia de que su familiar no ha recibido los cuidados que necesitaba.”*
3. *“Percepción de soledad del enfermo, por no poder acompañarle los familiares.”*
4. *“Confinamiento, ausencia de apoyo y ritos.”*
5. *“Presencia de malestar emocional grave, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.”*
6. *“Problemas de salud mental previos.”*

7. “Dificultad para autorregular el impacto emocional, desbordamiento”

2.3.2. Etapas del duelo

Tyrell et al. (38) describe cinco etapas del proceso del duelo de Kübler Ross:

1. Negación: las personas se sienten culpables porque no sienten nada (38). Se trata de un mecanismo de defensa para protegerse de la realidad (39).
2. Ira: es comúnmente experimentada y expresada externamente. El enojo puede proyectarse hacia terceras personas o hacia uno mismo. La ira también puede manifestarse en forma de malhumor o impaciencia (38).
3. Negociación: la persona aún guarda esperanza. Esta fase se produce antes de aceptar la verdad de la situación donde la persona negocia para que la vida vuelva a ser como antes (37). Este paso, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas. La negociación puede ser verbal o interna y puede ser médica, social o religiosa (38,39).
4. Depresión: la persona empieza a mentalizarse de la realidad de la pérdida del ser querido. Se puede observar sentimientos tristeza, desesperanza, impotencia y anhedonia (38). También podemos observar periodos depresivos, aislamiento social y falta de motivación.
5. Aceptación: la persona acepta y asume la pérdida como un fenómeno natural. En esta fase, la persona es capaz de vivir en el presente sin que el pasado se lo impida (39).

Cuando el duelo de una persona no sigue el curso esperado, se domina duelo complicado (40).

2.4. Enfermería y la muerte

Uno de los principales roles de la enfermería es el cuidado y acompañamiento del paciente en sus últimos días, además de acompañar a sus allegados, concretamente la familia (13,41). El Código Deontológico de Enfermería Española recoge dentro de las competencias de la enfermera que: *“ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que pueda afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse”* (42).

Sin embargo, existen diferentes estudios que identifican una falta de habilidades, competencias y conocimientos poniendo de manifiesto que enfermería no está adecuadamente preparada para los cuidados de pacientes en el proceso final de vida (41,43,44).

En los centros hospitalarios, el personal de enfermería es quien acompaña y pasa mayor tiempo junto al paciente. Esta situación genera la necesidad de saber gestionar correctamente el duelo y el proceso de morir (13,20). Aunque la muerte forma parte del ciclo de la vida, enfermería no está adecuadamente preparada para afrontarla (45,46) ni para lidiar con los sentimientos que se producen (46). El contacto directo con los pacientes, los familiares y la muerte puede ser una fuente de miedo, estrés y angustia psicológica (13,45), presentándose como fracaso personal y fracaso en el trabajo profesional (45). También pueden generarse múltiples sentimientos como nerviosismo, impotencia, incertidumbre, culpa, frustración o enfado (46).

La proliferación de los sentimientos y la actitud tomada ante la muerte viene determinada por el género, la afinidad presentada con el paciente (13), influyendo notablemente la edad del mismo (46). De este modo, no se acepta de la misma forma la muerte de un paciente niño/joven que la de un anciano (14,46).

Las emociones que presentan los/las profesionales pueden influir en la calidad de los cuidados que se proporcionan (5,20), en la toma de decisiones y en la capacidad de afrontamiento. Además, el nivel de preparación ante la muerte mejora la calidad de los cuidados al paciente y disminuye la ansiedad generada (13). Por consiguiente, es importante que los profesionales de enfermería sean capaces de aceptar la muerte e integrarla, viéndola y viviéndola como un proceso natural e inevitable. Siendo así, se dedicará por completo a consolar y cuidar al enfermo hasta el final, convirtiéndose en una de las experiencias humanas más gratificantes de su vida profesional (3).

2.4.1. Estrategias de afrontamiento

La necesidad de saber gestionar correctamente el duelo y el proceso de morir comporta que los/las enfermeros/enfermeras utilicen distintas estrategias que incluyen recursos intrínsecos y extrínsecos (47).

Los recursos intrínsecos se refieren a las estrategias personales para hacer frente a la muerte del paciente e incluyen (47):

- Establecer límites: se trata de distanciarse o evitar la muerte del paciente, ya sea emocional o físicamente.
- Reflexión: consiste en pensar y reflexionar sobre el comportamiento propio durante la muerte de un paciente, hecho que comporta un crecimiento, valorando la vida más que antes y haciendo mejor el trabajo.
- Muestra de emociones: se trata de una forma en que el personal de enfermería muestra y afronta sus emociones resultantes de la muerte del paciente, como puede ser el llanto.
- Creencias sobre la muerte: conjunto de convicciones (la muerte como parte inevitable de la vida, cuestión del destino...) que ayudan a procesar la muerte de un paciente.
- Experiencias previas: se rescatan experiencias de la vida personal y laboral, para mejorar la actitud ante el proceso de muerte de un paciente. Profesionales con más experiencia en enfermería, presentan mayor percepción de las habilidades de afrontamiento.
- Rutinas y actividades diarias: engloba diferentes actividades como hacer ejercicio con regularidad, leer, pasar tiempo a solas, mirar televisión, relajarse, interactuar con mascotas, dormir y una buena nutrición. De modo que ayudan a equilibrar la vida personal y restaurar la energía.

Los recursos extrínsecos pueden definirse como las fuentes externas de apoyo. Éstos incluyen (47):

- Hablar y ser escuchado: compartir experiencias y hablar sobre ello con compañeros de trabajo, familiares, amigos o familiares de los pacientes, es una medida de apoyo positiva, ya que permite verbalizar los miedos o sentimientos relacionados con la muerte, compartir el dolor y la tristeza, además de reflexionar sobre ello. Por otra parte, ser escuchado permite sentirse apoyado y reconocido.
- Prácticas espirituales: se incluyen la oración y otras actividades basadas en la fe. Éstas brindan consuelo y ayudan con la aceptación del proceso de muerte, además de disminuir la angustia por la muerte.
- Formación y programas: se centra en la educación en atención al duelo y al dolor, esenciales para hacer frente a la muerte del paciente. Sin embargo, existen recursos escasos para tratar estos temas.

2.5. Estudiantes y la muerte

Orozco González et al. (6) señalan que los/las estudiantes reconocen la necesidad de poseer la preparación en aspectos vinculados al proceso de duelo y la muerte, ya que no se sienten capaces para dar apoyo y cuidar (41) al paciente y a su familia. A causa de esto, se evidencia que, durante la formación universitaria, no se cuenta con la preparación necesaria para el manejo de las emociones y sensaciones que se derivan del primer contacto con la muerte de un paciente.

Las primeras experiencias relacionadas con la muerte se producen durante las prácticas clínicas y es uno de los momentos más estresantes que experimentaran los/las estudiantes de enfermería (5). Por ello, es fundamental proporcionar apoyo psicológico con el fin de que desarrollen recursos personales para afrontar el estrés y la ansiedad que pudiese ocasionar este tipo de situaciones (6).

A todo esto, se suma la importancia de proporcionar la formación adecuada y necesaria a estos futuros profesionales (5,48), a través de estrategias y técnicas de afrontamiento para la gestión de este proceso (5,20). El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad indica que la formación en cuidados paliativos de los profesionales debería iniciarse en los estudios de grado (49).

En contrapartida, la formación en tanatología¹, duelo (13) y cuidados paliativos se presenta de forma escasa dentro de los contenidos de las asignaturas proporcionadas por los Grados de Enfermería (6,8). La preparación específica sobre estos temas, tanto en el grado como en el ámbito profesional, permiten que los profesionales presten una mejor atención en el paciente en situación avanzada o terminal (13), tener un mejor nivel de apoyo para las etapas de la muerte y el duelo (34), y de este modo, disminuya el grado de ansiedad y angustia (48).

Chi Ho Chan et al. y Fong Tin et al. (50,51) creen que preparar a las enfermeras para las demandas de la atención al final de la vida requiere más que las competencias básicas de conocimiento y práctica. Estos dos autores describen la necesidad de la auto competencia, haciendo referencia a recursos personales, el afrontamiento existencial, el afrontamiento emocional y el entorno de trabajo.

¹ La tanatología se reconoce como la ciencia que estudia y reflexiona sobre la muerte, las relaciones del hombre con ésta y sus consecuencias (6)

Dominar la competencia de cuidados al final de la vida, a menudo confronta a los/las estudiantes de enfermería con su propia mortalidad y sus creencias personales sobre la muerte y el morir (20,51).

2.6. Docencia impartida en el grado de enfermería

2.6.1. Formación en España

El grado de enfermería tiene una duración de 4 años, los cuales se encuentran distribuidos un total de 240 créditos (52).

Estos créditos se distribuyen entre asignaturas básicas, obligatorias, optativas, las prácticas clínicas y el trabajo de fin de grado. Según la universidad que imparta el grado, los créditos se distribuyen de distinta forma (52).

El Canal Universitats de la Generalitat de Catalunya (52) expone un total de 20 centros donde se puede llevar a cabo el grado de enfermería.

2.6.2. Formación en la Universitat Rovira i Virgili

La URV dispone de tres unidades docentes donde se imparte el grado de enfermería: Campus Catalunya (CC), Campus Terres de l'Ebre (CTE) y Seu del Baix Penedès (SBP) (53).

El principal objetivo es *“formar profesionales que sean capaces de prestar la atención sanitaria, técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas atendidas, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables”* (53).

Relacionado con los cuidados paliativos, una competencia profesional a adquirir durante el grado es: *“conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales”* (53).

Tras analizar la guía docente del curso académico 2020-2021 se puede observar que, durante los cuatro años, se imparten asignaturas relacionadas con el proceso de morir en el segundo, tercer y cuarto curso del grado de enfermería (53). En cambio, durante

el primer curso, no se realiza ningún tipo de asignatura relacionada con el proceso de muerte.

En el segundo curso, en la asignatura de *“Relación terapéutica y comunicación en la enfermería”* (anexo 1, 2 y 3) se trabaja el proceso comunicativo en situaciones difíciles.

En el tercer curso, en la asignatura de *“Enfermería en cuidado críticos”* (anexo 4, 5 y 6) se explican las diferentes situaciones y reflexiones sobre la limitación del tratamiento del soporte vital. Por otra parte, en la asignatura de *“Cuidados Paliativos”* (anexo 7, 8 y 9) se imparten los conocimientos básicos sobre el tema, profundizando en el paciente y su familia.

En el cuarto curso, por un lado, dentro de las *“Prácticas clínicas III”* (anexo 10 y 11), la guía docente hace referencia a un tipo de competencia que se debe adquirir durante la realización de estas prácticas. La competencia A16.8 describe: *“Educar, facilitar i donar suport a la salut i el benestar dels membres de la comunitat, les vides dels quals estan afectades per problemes de salut, risc, sofriment, malaltia, incapacitat o mort.”*

Por otro lado, durante las *“Prácticas clínicas IV y V”* (anexo 12 – 17), se especifica una competencia relacionada con los cuidados paliativos que se debe adquirir durante la realización de estas prácticas. La competencia A25 define: *“Conèixer les cures pal·liatives i control del dolor per a prestar cures que alleugen la situació dels malalts avançats i terminals.”*

2.7. Teoría de enfermería: modelo de principiante a experta de Patricia Benner

En la práctica diaria el/la profesional de enfermería tiene un rol definido como sujeto cuidador. Deben tenerse en cuenta los conocimientos científicos adquiridos a lo largo del grado, además de la destreza y experiencia del profesional, ya que el conjunto aportará calidad a los cuidados y beneficiará el resultado final, siendo evaluado a través del nivel de satisfacción del paciente (10).

En relación con la experiencia del/la enfermero/a, cada vez que afronta una situación específica, en este caso el proceso de muerte, se realiza un aprendizaje generando habilidades y competencias propias de la práctica clínica, las cuales le serán de utilidad cuando presente una situación similar (10).

A raíz de esto, se relaciona este aprendizaje con la teoría de enfermería de Patricia Benner. Esta teoría muestra el modelo de enfermera de principiante a experta,

adquiriendo la excelencia y el dominio de la práctica de la enfermería clínica a través de proceso que el/la enfermero/a atraviesa desde recién graduado/a hasta que se especializa en un área determinada. En el transcurso de la transformación van surgiendo una serie de cambios de conducta y se van adquiriendo habilidades que proporcionarán una mejor calidad en el ámbito profesional. (10) Benner describe los siguientes niveles por los que pasa el/la estudiante de enfermería hasta lograr adquirir la experiencia necesaria:

- Nivel I: principiante o novato. No presenta experiencia con las situaciones para desempeñar sus tareas, pero debe enfrentarse a ellas. Este primer nivel podría representar al estudiante en sus primeros semestres de formación (54).
- Nivel II: principiante avanzado. Es quien puede demostrar rendimiento aceptable. El/la estudiante se ha enfrentado a suficientes situaciones reales o ha sido guiado por un tutor. El/la estudiante de enfermería debe tener alguna experiencia con situaciones previas antes de poder tomar la iniciativa en situaciones prácticas. El principiante avanzado puede reconocer de forma intuitiva elementos situacionales significativos en la práctica clínica. Este nivel corresponde al estudiante en su última etapa de formación (54).
- Nivel III: competente. Se caracteriza por los/las graduados/as de enfermería que han trabajado de dos a tres años, que comienzan a ver/observar/analizar sus acciones. Se caracteriza por una sensación de dominio, con capacidad para enfrentar y gestionar múltiples situaciones. El/la enfermero/a competente es coherente, previsor, gestiona el tiempo como resultado de la experiencia, consiguiendo un elevado nivel de eficiencia y organización. Este aprendizaje permite reconocer patrones y valorar que elementos de situaciones merecen atención (54).
- Nivel IV: eficiente. El/la graduado/a es capaz de percibir las situaciones en su totalidad. Es capaz de reconocer los principales aspectos y posee una capacidad intuitiva de las situaciones a partir de su experiencia previa. La mentalidad holística del/la profesional eficiente mejora la toma de decisiones y está más implicado con el paciente y la familia (54).
- Nivel V: experto. El/la graduado/a ya no se basa en el principio analítico para justificar su acción porque ha adquirido un nivel intuitivo, capaz de identificar el origen de los problemas sin gastar tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Demuestra dominio clínico y práctico basada en los recursos. Posee la habilidad de reconocer patrones de actuación profesional gracias a su amplia experiencia (54).

Cuando hablamos de cuidados es impensable separar al individuo de su círculo más cercano, la familia. Incorporarla en los cuidados del paciente crítico y no crítico, supone una habilidad que no se desarrolla hasta que el/la profesional de enfermería es competente en términos de Benner (54,55).

3. JUSTIFICACIÓN

Según Souza et al. (1) la muerte se define como un *“colapso de los órganos vitales, teniendo una parada progresiva de toda actividad del organismo, pudiendo ser de forma súbita, enfermedades agudas o accidentes, o lentas, enfermedades crónico-degenerativas, seguidas de una degeneración de los tejidos”*.

El proceso de la muerte forma parte del ciclo de la vida, y como todo ser vivo, no estamos exentos de ella, ya que la vida es algo finito, tiene un final y no podemos evitarla. Este proceso puede suponer un momento de inestabilidad tanto en la propia persona como para su entorno más cercano.

En la actualidad, el proceso de morir ha pasado de permanecer en el núcleo familiar a formar parte de los centros sanitarios (2), estos cambios han generado que los profesionales de las ciencias de la salud tengan un papel más importante en este proceso tan impactante en la vida de los pacientes y familiares.

Presenciar el fallecimiento de un paciente es una de las experiencias más impactantes a las que deberán enfrentarse los/las estudiantes de enfermería en algún momento de su carrera profesional (2), pudiendo causar estrés, miedo y ansiedad (7).

Centrándonos en el rol de enfermería, podemos afirmar que uno de sus objetivos es cuidar y acompañar a las personas en este momento de transición, para ayudarlas a que el trayecto sea más apacible. Por lo tanto, estos profesionales deben adquirir unos conocimientos básicos sobre qué es la muerte, cómo afrontarla y cómo cuidar a los pacientes y familiares que están viviendo el proceso. El hecho de poder cursar asignaturas relacionadas con estos temas podría contribuir a disminuir el impacto psicológico y emocional que el fallecimiento de un paciente ocasiona en muchos/as estudiantes (7).

A raíz de nuestra experiencia en la realización de prácticas clínicas en diferentes áreas y servicios, hemos percibido que, a la hora de enfrentarnos a una situación de últimos días, no sabíamos cómo actuar y afrontar la situación.

Dado que las prácticas en centros hospitalarios se inician desde el primer año de carrera, consideramos que el contacto con la experiencia de la muerte puede darse en cualquier momento. En consecuencia, pensamos que es importante tratar este proceso desde un principio.

La finalidad de este trabajo es conocer si existe alguna carencia educativa sobre el proceso de muerte durante el grado de enfermería impartido por la Universitat Rovira i Virgili (URV). Esta carencia podría desembocar en una dificultad para afrontar la muerte en el ámbito profesional.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Conocer si los/las estudiantes de enfermería de la URV obtienen, durante sus estudios de grado, los recursos, competencias y habilidades necesarios para afrontar el proceso de muerte.

4.2. Objetivos específicos

- Averiguar el nivel de capacidad percibida por los/las alumnos/as sobre su participación en el proceso de muerte.
- Investigar qué es la muerte hospitalaria y cómo la afronta el personal de enfermería.
- Revisar las asignaturas impartidas en la URV sobre el proceso de muerte, cómo afrontarla y cómo cuidar a los pacientes y familiares.

5. HIPÓTESIS

Los/las estudiantes de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili no obtienen durante el grado los recursos, competencias y habilidades necesarios para afrontar el proceso de muerte.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño de la investigación

El trabajo consistió en un estudio cuantitativo descriptivo transversal, con metodología de encuesta.

6.2. Población de estudio

Al inicio del curso académico 2020-2021, un total de 837 alumnos/as se matricularon en el grado de enfermería de la URV (tabla 5):

URV	1º	2º	3º	4º	
Campus Terres de l'Ebre	85	83	66	73	
Seu del Baix Penedès	47	42	42	29	
Campus Catalunya	95	92	91	92	
TOTAL	227	217	200	194	837

Tabla 5: Alumnos/as del grado de enfermería de la URV matriculados el curso 2020-2021. Fuente: Propia.

Partiendo del total de 837 alumnos/as matriculados en el grado de enfermería de la URV, seleccionamos a los/las estudiantes de tercer y cuarto curso de los tres campus donde se imparte el grado de enfermería, con una población de estudio total de 394 estudiantes.

6.2.1. Criterios de inclusión/exclusión

- Criterios de inclusión:

- Alumnos/as de enfermería que cursen tercero y/o cuarto en la URV.
- Alumnos/as que hayan cursado las asignaturas de prácticas clínicas I y II.
- Alumnos/as que hayan tenido experiencias con el proceso de muerte de un paciente durante las prácticas clínicas I, II, III, IV, V y VI.

- Criterios de exclusión:

- Alumnos/as de enfermería que cursen primero y/o segundo.
- Alumnos/as que no hayan experimentado el proceso de muerte de un paciente durante las prácticas clínicas I, II, III, IV, V y VI.

6.3. Muestra

Para el diseño muestral se partió de la población de estudio total, es decir, los/las estudiantes de tercero y cuarto del grado de enfermería, ya que son aquellos que han estado más tiempo en contacto con el medio hospitalario y han podido experimentar el proceso de muerte de algún paciente. Se tomó como referencia esta población de estudio, ya que no disponíamos de un registro previo de los/las alumnos/as que habían experimentado el proceso de muerte.

Consecuentemente, la selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo no aleatorio con participación voluntaria, proporcionando, dentro del cuestionario Ad Hoc, una pregunta que actuó como filtro² que permitió conocer el número de alumnos/as que ha presenciado un proceso de muerte, obteniendo así, los/las estudiantes con las características de interés a estudiar.

Para realizar el cálculo de la muestra se aplicaron los parámetros convencionales, aunque el muestreo no fue aleatorio: se asumió el supuesto de máxima heterogeneidad ($p=q=0,5$), con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%. Este proceso se llevará a cabo a través del programa Epidat 4.2. De esta forma, a partir de los 394 alumnos/as, se obtiene una muestra de 195 personas.

6.4. Instrumentos para la recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario Ad Hoc para la obtención de las variables sociodemográficas y a través de diferentes escalas validadas para obtener el resto de los datos necesarios para la investigación. Ambos métodos de recogida de datos fueron autocumplimentados por los sujetos participantes en el estudio.

El cuestionario Ad Hoc consta de 5 ítems donde se preguntó el sexo (femenino/masculino) y la existencia de experiencias cercanas a la muerte durante las prácticas (sí/no), pregunta cerrada con respuesta dicotómica. Además, se preguntó la edad, el curso y el campus donde realizan los estudios.

En cuanto a las escalas, se proporcionó las siguientes:

- Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen (56): se utilizó para conocer la competencia percibida ante la muerte. Para evaluar dicha competencia, se utilizó la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte, modificada. La escala original consta de 30 ítems, de los cuales se seleccionó tan sólo doce, obviándose aquellos ítems difusos y con poco interés para la presente investigación (anexo 18). Esta reducción de la escala original ya ha sido empleada con anterioridad por otros investigadores, evidenciando que la escala sigue conservando buenas propiedades psicométricas (56).

² ¿Durante las prácticas clínicas, has experimentado el proceso de muerte de un paciente?

En diferentes estudios se calculó la fiabilidad de esta escala obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,801, interpretándose con una alta fiabilidad (11).

A los sujetos se les pidió que valoraran del 1 al 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y el 7 total acuerdo con la afirmación expuesta. La puntuación total se obtuvo sumando las puntuaciones de todos los ítems, a mayores puntuaciones, mayores niveles de competencia percibida frente a la muerte.

- Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales: consistió en una pregunta que se utiliza para cuantificar la preparación asistencial que perciben los sujetos de cara a cuidar enfermos terminales. Las respuestas fueron desde nada con una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5 (11) (anexo 19). La interpretación de esta escala se obtuvo a través de la media de los participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada; 2: poco; 3: regular; 4: bastante y 5: mucho.
- Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales: pregunta que se utilizó para cuantificar la preparación asistencial que perciben los sujetos de cara a cuidar enfermos no terminales. Las respuestas fueron desde nada que se le otorga una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5 (11) (anexo 20). La interpretación de esta escala se obtuvo a través de la media de los participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada; 2: poco; 3: regular; 4: bastante y 5: mucho.
- Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales: pregunta que se utilizó para cuantificar la preparación emocional que perciben los sujetos de cara a cuidar enfermos terminales. Las respuestas fueron desde nada que se le otorga una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5 (11) (anexo 19). La interpretación de esta escala se obtuvo a través de la media de los participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada; 2: poco; 3: regular; 4: bastante y 5: mucho.
- Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales: pregunta que se utilizó para cuantificar la preparación emocional que perciben los sujetos, si bien en este caso, de cara a cuidar enfermos no terminales. Las respuestas fueron desde nada que se le otorga

una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5 (11) (anexo 19). La interpretación de esta escala se obtuvo a través de la media de los participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada; 2: poco; 3: regular; 4: bastante y 5: mucho.

- Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins:

La escala original, desarrollada por Robbins (1992) consta de 44 ítems. Para esta investigación se usó la escala modificada que consta de 11 ítems, la cual ha sido utilizada en diferentes estudios (anexo 20).

En diferentes estudios se calculó la fiabilidad de esta escala obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,895, interpretándose con una alta fiabilidad (11).

A los sujetos se les preguntó hasta qué punto están seguros o inseguros de que puedan desempeñar las tareas que se exponen en cada uno de los ítems. (11)

Valor de 1 indica que se sienten muy inseguros de realizar la acción, mientras que el valor de 10 corresponde a que están totalmente seguro.

6.5. Recogida de datos

Para difundir el cuestionario Ad Hoc y las escalas seleccionadas a la población de estudio, éstas se transcribieron en castellano y en formato digital a través de la plataforma Google Forms. Posteriormente, se enviaron a los sujetos participantes a través del correo electrónico educativo.

El periodo para obtener los datos se inició el 29 de enero y finalizó el 15 de marzo.

6.6. Análisis de los datos

El análisis de los datos se llevó a cabo a través del programa Jamovi.

Primeramente, se realizó un análisis descriptivo, a través de porcentajes, para las variables cualitativas, las cuales incluían sexo, edad, curso y campus. Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo a través de la media y la desviación típica, incluyendo variables de máxima y mínima puntuación.

Seguidamente, para observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables cuantitativas y cualitativas estudiadas, se utilizaron las pruebas paramétricas/no paramétricas en función de si se cumplían los supuestos de aplicación, generalmente relacionados con la normalidad y homocedasticidad de las variables cuantitativas.

De esta forma, para la comparación de dos variables cuantitativas se empleó la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman. Por otro lado, para comparar una variable cuantitativa y una variable cualitativa, se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney. Para la comparación de medias con más de dos variables se empleó la prueba paramétrica de ANOVA (Fisher), como es el caso de “Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales” y campus, mientras que para el resto de las variables se utilizó la prueba no paramétrica de ANOVA (Welch).

Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

6.7. Cronograma

	2020															2021																											
	OCTUBRE					NOVIEMBRE						DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				MARZO					ABRIL					MAYO						JUNIO	
SEMANA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2				
Elección del tema																																											
Tutoría 1																																											
Justificación del trabajo																																											
Diseño TFG																																											
Tutoría 2																																											
Marco teórico																																											
Tutoría 3																																											
Encuestas																																											
Análisis																																											
Conclusiones																																											
Tutoría 4																																											
Tutoría 5																																											
Tutoría 6																																											
Entrega del borrador																																											
Tutoría 7																																											
Entrega final																																											
Defensa TFG																																											
Difusión de resultados																																											

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los/las estudiantes que participaron en el estudio lo hicieron de forma anónima y voluntaria, siendo informados de la finalidad y características del estudio a través de un mensaje al inicio del cuestionario. Dándoles, de esta forma, la opción de no participar en el estudio.

Para la realización de este estudio se seguirán las pautas del documento de la Declaración de Helsinki (1946) y el código de Núremberg (1947). Además, se aplicará la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Este estudio, que no implica daño ni riesgo a los participantes, seguirá los principios bioéticos básicos: no maleficencia, justicia y autonomía.

En lo referente al principio de no maleficencia y justicia, la información será tratada sin causar daño alguno y del mismo modo para todas los participantes.

Teniendo en cuenta el principio de autonomía, los sujetos a estudio participarán voluntariamente, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento, sin consecuencias y permitiendo o no el uso de la información recogida hasta ese momento.

Únicamente se recogerán los datos estrictamente necesarios para la investigación. La información se tratará de manera confidencial y exclusivamente para el fin predeterminado.

Los datos y respuestas proporcionados por los participantes serán registrados informáticamente y almacenados en dispositivos de memoria extraíbles encriptados.

Esta investigación cuenta con los permisos y autorizaciones de la Universidad Rovira i Virgili, la cual obtendrá los resultados para su estudio.

8. RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 149 cuestionarios respondidos. De éstos, se seleccionaron únicamente aquellos en que la persona había respondido “sí” a la pregunta “¿Durante las prácticas clínicas, has experimentado el proceso de muerte de un paciente?”, que actuaba como filtro.

De esta forma, un total de 107 estudiantes respondieron haber presenciado el proceso de morir. Tras eliminar respuestas repetidas e invalidas, por ser incompletas, se obtuvo un total de 104 cuestionarios respondidos.

8.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

A continuación, se realizará un análisis de las variables sociodemográficas (sexo, edad, campus y curso actual) de los/las estudiantes que participaron en el estudio.

- Campus: 48 respuestas (46.15%) fueron de alumnos/as de CC, 31 respuestas (29.80%) fueron de alumnos/as de CTE y 25 respuestas (24.03%) fueron alumnos/as de la SBP.
- Curso: de las 48 respuestas de CC, 20 correspondían a alumnos/as de tercer curso y 28 a alumnos/as de cuarto curso. Las 31 respuestas de CTE se dividieron en 7 y 24, de tercer y cuarto curso respectivamente. De las 25 respuestas de la SBP, 12 correspondieron a alumnos/as de tercero y 13 a alumnos/as de cuarto.
- Sexo: del total de cuestionarios obtenidos, 95 (91.35%) correspondieron a estudiantes de sexo femenino, mientras que tan solo 9 (8.65%) pertenecieron a estudiantes de sexo masculino.
- Edad: la edad media de los/las participantes fue de 23.5 años, con una desviación típica de 5.92 años. La edad del/la participante más mayor fue de 49 años, mientras que la edad del/la participante más joven fue de 20 años.

8.2. Análisis descriptivo de las escalas

En este apartado se llevará a cabo un análisis descriptivo y un análisis comparativo de las variables sociodemográficas a través de las diferentes escalas pertenecientes al estudio.

8.2.1. Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen

Para poder contestar esta escala, a los participantes se les pidió que valoraran su nivel de desacuerdo-acuerdo, eligiendo entre valores del 1 al 7, para cada una de las afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y el 7 total acuerdo con la afirmación expuesta.

La puntuación mínima que se puede obtener en esta escala son 12 puntos, mientras que la máxima puntuación es de 84 puntos, no existiendo puntos de corte definidos

previamente. De esta forma, se hace referencia a que mayores puntuaciones indican mayores niveles de afrontamiento ante la muerte.

Cada ítem se valora mediante la media y la desviación típica, además de realizar el sumatorio global de la escala (tabla 6). Se puede visualizar que el ítem con mayor media fue: “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan”. Por otro lado, el ítem de menor media fue: “Sé cómo hablar con los niños de la muerte”. En referencia al sumatorio total de los ítems por persona, se obtuvo una media de 54.9 puntos.

	Media	Desviación típica
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	4.21	1.70
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	3.47	1.76
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	5.32	1.60
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	5.08	1.78
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	4.06	1.61
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3.74	1.71
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5.75	1.10
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3.46	1.56
Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan	5.88	1.11
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	4.38	1.55
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	4.51	1.68
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	5.16	1.31
Total	54.9	11.78

Tabla 6: Nivel de competencia percibida frente a la muerte. Fuente: propia a partir de Jamovi.

A continuación, se relaciona la escala de Bugen con las diferentes variables sociodemográficas:

Campus:

En referencia la media total de la escala obtenida por campus, CC obtuvo una media total de 55.3 puntos mientras que CTE y SBP obtuvieron una media total de 55.7 y 53.1 puntos respectivamente (tabla 7).

Previamente a la comparación de las variables, se calculó la media de los ítems por campus (tabla 7), para poder obtener los ítems de mayor y menor puntuación:

- **CC:** el ítem con mayor media fue “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan”. Por el contrario, el que presentó menor media es “Me siento preparado/a para afrontar mi muerte”.

- **CTE:** “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan” fue el ítem más valorado. A diferencia de “Sé cómo hablar con los niños de la muerte” que obtuvo la media más baja.
- **SBP:** en este campus “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan” y “Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales” obtuvo la mayor media. Mientras que “Sé cómo hablar con los niños de la muerte” fue el ítem con la media más baja.

	Campus Catalunya		Campus Terres de l'Ebre		Seu Baix Penedès	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	4	1.77	4.23	1.65	4.60	1.63
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	3.42	1.84	3.45	1.48	3.60	1.98
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	5.56	1.53	5.32	1.54	4.84	1.75
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	5.27	1.66	5.19	1.82	4.56	1.92
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	3.94	1.54	4.19	1.56	4.12	1.83
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3.88	1.79	3.45	1.59	3.84	1.70
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5.77	1.10	5.97	1.08	5.44	1.08
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3.58	1.44	3.32	1.54	3.40	1.83
Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan	5.98	0.967	6.10	0.978	5.44	1.42
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	4.35	1.71	4.66	1.42	4.12	1.39
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	4.54	1.70	4.48	1.57	4.48	1.83
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	5.15	1.30	5.61	1.20	4.64	1.29
Total	55.3	11.5	55.7	10.6	53.1	13.8

Tabla 7: Nivel de competencia percibida frente a la muerte según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Tras analizar los resultados obtenidos en cada ítem a través de la prueba no paramétrica de ANOVA (Welch) (tabla 8), se observó que el único ítem donde existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre campus fue “Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida”, ya que $p = 0.02$.

One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	1.0332	2	58.7	0.362
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	0.0751	2	56.9	0.928
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	1.5139	2	55.3	0.229
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	1.2717	2	54.7	0.289
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	0.2752	2	54.7	0.760
Me siento capaz de manejar la muerte de seres cercanos a mí	0.6763	2	58.4	0.512
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos	1.6439	2	57.4	0.202
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	0.3054	2	53.7	0.738
Puedo pasar tiempo con pacientes al final de vida si lo necesita	1.9648	2	52.5	0.150
Puedo ayudar a la gente a elaborar pensamientos y sentimientos	0.9726	2	59.1	0.384
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	0.0158	2	56.6	0.984
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	4.1782	2	57.7	0.020

Tabla 8: Prueba ANOVA para nivel de competencia percibida frente a la muerte según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Jamovi permite observar, mediante la prueba Games-Howell Post-Hoc (tabla 9), las combinaciones posibles entre los tres campus para averiguar entre cuales existen diferencias significativas. En este caso, las diferencias se dieron entre el CTE y SBP ($p=0.015$) en el ítem mencionado anteriormente. Los/las estudiantes de CTE presentaron una media de 5.61 puntos mientras que los/las estudiantes de SBP tenían una media de 4.64 puntos (tabla 7).

Games-Howell Post-Hoc Test - Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida				
		Campus Catalunya	Seu del Baix Penedès	Campus Terres de l'Ebre
Campus Catalunya	Mean difference	—	0.506	-0.467
	p-value	—	0.261	0.240
Seu del Baix Penedès	Mean difference		—	-0.973
	p-value		—	0.015
Campus Terres de l'Ebre	Mean difference			—
	p-value			—

Tabla 9: Prueba Games-Howell Post-Hoc para ítem "Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida". Fuente: propia a partir de Jamovi.

Curso:

Los/las estudiantes de tercer curso obtuvieron una media total de 52.1 puntos mientras que los/las estudiantes de cuarto curso obtuvieron una media de 56.7 puntos (tabla 10).

- Tercero: para los/las alumnos/las de tercero el ítem de “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan” obtuvo la media más alta. Por otra parte, el ítem con menor media fue “Me siento preparado/a para afrontar mi muerte”.
- Cuarto: el último curso puntuó el ítem “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan” con la mayor media, mientras que “Sé cómo hablar con los niños de la muerte” fue el ítem con la media más baja.

	Tercer curso		Cuarto curso	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	3.98	1.59	4.37	1.77
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	3.07	1.65	3.73	1.80
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	4.85	1.54	5.62	1.57
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	4.83	1.80	5.24	1.76
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	3.85	1.59	4.19	1.62
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3.56	1.58	3.86	1.79
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5.59	1.12	5.86	1.08
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3.27	1.27	3.59	1.72
Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan	5.83	1.01	5.92	1.18
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	4.22	1.27	4.49	1.72
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	4.29	1.62	4.65	1.71
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	4.93	1.23	5.32	1.34
Total	52.1	10	56.7	12.5

Tabla 10: Nivel de competencia percibida frente a la muerte según curso. Fuente: propia a partir de Jamovi.

A través de la prueba de U de Mann-Whitney (tabla 11), prueba no paramétrica de T de Student, se pudo observar que el único ítem donde existían diferencias significativas entre ambos cursos fue “Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte”, ya que $p=0.006$, siendo $p<0.05$. Los/las estudiantes de tercero obtuvieron una media de 4.85 puntos mientras que los/las participantes de cuarto curso tuvieron una puntuación media de 5.62.

Independent Samples T-Test			
		Statistic	p
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	Mann-Whitney U	1100	0.197
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	Mann-Whitney U	1025	0.073
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	Mann-Whitney U	886	0.006
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	Mann-Whitney U	1101	0.193
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	Mann-Whitney U	1110	0.220
Me siento capaz de manejar la muerte de seres cercanos a mí	Mann-Whitney U	1148	0.333
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos	Mann-Whitney U	1124	0.246
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	Mann-Whitney U	1162	0.380
Puedo pasar tiempo con pacientes al final de vida si lo necesitan	Mann-Whitney U	1133	0.367
Puedo ayudar a la gente a elaborar pensamientos y sentimientos	Mann-Whitney U	1066	0.201
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	Mann-Whitney U	1107	0.211
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	Mann-Whitney U	1026	0.068

Tabla 11: Prueba U de Mann-Whitney para nivel de competencia percibida frente a la muerte según curso. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Sexo:

El sexo femenino obtuvo una puntuación media de 57.6 para esta escala, mientras que los estudiantes del sexo masculino obtuvieron una media de 54.6 puntos. Los resultados obtenidos para el ítem con mayor y menos puntuación fueron los siguientes (tabla 12):

- **Femenino:** las chicas puntuaron a “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan” con la media más alta. “Me siento preparado/a para afrontar mi muerte”, fue el ítem peor valorado.
- **Masculino:** “Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan” obtuvo la mayor media. Mientras que “Sé cómo hablar con los niños de la muerte” fue el ítem con menor puntuación.

Después de valorar los resultados obtenidos a través de la prueba de U de Mann-Whitney (tabla 13), se pudo observar que existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en los ítems de “Soy capaz de afrontar pérdidas futuras” ($p=0.002$), “Me siento capaz de manejar la muerte de seres cercanos a mí” ($p=0.045$) y “Sé cómo hablar con los niños de la muerte” ($p=0.023$). En los dos primeros ítems, el sexo masculino presenta mejor media (5.56; 4.89, respectivamente) que el sexo femenino (3.92; 3.63 respectivamente), por otro lado, el último ítem presenta mayor media para el sexo femenino (3.57) que para el masculino (2.33).

	Femenino		Masculino	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	4.13	1.72	5.11	1.36
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	3.42	1.78	4.00	1.50
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	5.35	1.55	5.00	2.12
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	5.03	1.79	5.56	1.67
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	3.92	1.56	5.56	1.42
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3.63	1.68	4.89	1.62
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5.73	1.09	6.00	1.22
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3.57	1.54	2.33	1.32
Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan	5.85	1.14	6.22	0.833
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	4.45	1.54	3.67	1.58
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	4.55	1.64	4.11	2.09
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	5.17	1.32	5.11	1.27
Total	57.6	12.6	54.6	12.6

Tabla 12: Nivel de competencia percibida frente a la muerte según sexo. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Independent Samples T-Test			
		Statistic	p
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	Mann-Whitney U	283	0.090
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	Mann-Whitney U	341	0.314
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	Mann-Whitney U	408	0.821
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	Mann-Whitney U	356	0.399
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	Mann-Whitney U	166	0.002
Me siento capaz de manejar la muerte de seres cercanos a mí	Mann-Whitney U	256	0.045
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos	Mann-Whitney U	367	0.470
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	Mann-Whitney U	234	0.023
Puedo pasar tiempo con pacientes al final de vida si lo necesitan	Mann-Whitney U	355	0.408
Puedo ayudar a la gente a elaborar pensamientos y sentimientos	Mann-Whitney U	304	0.171
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	Mann-Whitney U	367	0.475
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	Mann-Whitney U	412	0.858

Tabla 13: Prueba U de Mann-Whitney para nivel de competencia percibida frente a la muerte según sexo. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Edad:

Previamente a la comparación de las variables, se calculó la media de los ítems por edad. Finalmente se observó que el grupo de estudiantes por debajo de la media de edad (23.5 años) obtuvo una media de 52.34 puntos mientras que los/las estudiantes por encima de la medida de edad obtuvieron una media de 57.12 puntos. También se pudo obtener los ítems según grupo de edad (tabla 14):

- Estudiantes por debajo de la edad media: el ítem mejor valorado para este grupo de estudiantes fue “Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales”, mientras que el peor valorado fue “Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”.
- Estudiantes por encima de la edad media: “Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales” fue el ítem mejor valorado, a diferencia de “Sé cómo hablar con los niños de la muerte” que fue el ítem peor valorado.

	Edad por debajo de la media (<23.3 años)		Edad por encima de la media (>23.3 años)	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	4.19	0.45	4.32	0.61
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	3.57	0.36	3.60	0.48
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	5.26	0.51	5.21	1.00
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	4.92	0.26	5.21	0.60
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	3.77	0.30	4.45	0.91
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3.53	0.22	3.72	0.59
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5.64	0.15	6.08	0.29
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3.57	0.20	3.35	0.97
Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan	5.63	0.37	5.91	0.53
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos	4.03	0.38	4.99	0.45
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	4.18	0.17	4.98	0.90
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	4.96	0.19	5.30	0.83
Total	52.34	3.56	57.12	8.16

Tabla 14: Nivel de competencia percibida frente a la muerte según edad. Fuente: propia a partir de Jamovi.

A través de la correlación de Spearman, se buscaron las relaciones entre la edad y los diferentes ítems. Observando que no existían diferencias significativas entre dichos factores (tabla 15).

Correlation Matrix		
		Edad
Edad	Spearman's rho	-
	p-value	-
Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	Spearman's rho	0.137
	p-value	0.164
Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	Spearman's rho	0.190
	p-value	0.053
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	Spearman's rho	0.050
	p-value	0.615
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	Spearman's rho	0.077
	p-value	0.437
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	Spearman's rho	0.157
	p-value	0.112
Me siento capaz de manejar la muerte de seres cercanos a mí	Spearman's rho	0.059
	p-value	0.552
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos	Spearman's rho	0.155
	p-value	0.117
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	Spearman's rho	-0.085
	p-value	0.391
Puedo pasar tiempo con pacientes al final de vida si lo necesitan	Spearman's rho	0.039
	p-value	0.697
Puedo ayudar a la gente a elaborar pensamientos y sentimientos	Spearman's rho	0.124
	p-value	0.214
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	Spearman's rho	0.167
	p-value	0.090
Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida	Spearman's rho	0.085
	p-value	0.391

Tabla 15: Correlación de Spearman para nivel de competencia percibida frente a la muerte según edad. Fuente: propia a partir de Jamovi.

8.2.2. Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins

Se pidió a los participantes que valoraran de 1 al 10 su seguridad para desempeñar las tareas que se exponen en cada uno de los once ítems. El valor 1 indica que se sienten muy inseguros de realizar la acción, mientras que el valor de 10 corresponde a que están totalmente seguros.

La puntuación mínima que se podía obtener es de 11 puntos, mientras que la suma máxima era 110 puntos, no existiendo puntos de corte previamente definidos. De esta forma, se hace referencia a que mayores puntuaciones indican mayores niveles de autoeficacia ante la muerte.

Cada ítem se valoró de forma individual a través de la media y la desviación típica, así como el sumatorio total por participante. Por consiguiente, se pudo observar en la tabla 16 que el ítem con mayor puntuación fue “Afrontar la muerte de una persona anciana”, a diferencia de “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”, que obtuvo la media más baja. Haciendo referencia al sumatorio total de los puntos obtenidos por los/las alumnos/as, se observó una media de 77.8 puntos (tabla 16).

	Media	Desviación típica
Afrontar la muerte de una persona anciana	8.17	1.51
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7.96	1.58
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7.50	1.95
Tocar un cadáver	7.42	2.84
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	7.85	1.78
Comunicarse con un enfermo moribundo	7.51	1.75
Dar el pésame a la familia de un paciente	6.41	2.42
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3.62	2.46
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	7.16	2.20
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	7.31	2.03
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	6.61	2.24
Total	77.8	16.40

Tabla 16: Autoeficacia frente a la muerte. Fuente: propia a partir de Jamovi.

A continuación, se relacionará la escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins con las variables sociodemográficas:

Campus:

Inicialmente, se calculó las puntuaciones medias por campus, obteniendo CC una puntuación de 75.6 puntos, CTE obtuvo una media de 84.1 puntos y SBP 74.1 puntos, siendo CTE el campus mejor valorado.

Tras esto, se calculó la media de los ítems por campus para la obtención de la media más alta y baja (tabla 17):

- **CC:** el ítem mejor valorado fue “Afrontar la muerte de una persona anciana”. Por lo contrario, “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”, fue el ítem peor valorado.
- **CTE:** “Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo” fue el ítem con mayor puntuación. A diferencia de “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”, que fue el ítem con la media más baja.
- **SBP:** en este campus “Afrontar la muerte de una persona anciana” obtuvo la media más alta. En cambio, “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”, obtuvo la media más baja.

	Campus Catalunya		Campus Terres de l'Ebre		Seu Baix Penedès	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Afrontar la muerte de una persona anciana	8.08	1.57	8.13	1.57	8.40	1.35
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7.94	1.55	8.23	1.65	7.68	1.55
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7.54	1.76	7.90	1.94	6.92	2.22
Tocar un cadáver	6.67	3.18	7.97	2.58	8.20	2.10
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	7.58	1.93	8.16	1.83	7.96	1.34
Comunicarse con un enfermo moribundo	7.17	1.85	8.13	1.54	7.40	1.66
Dar el pésame a la familia de un paciente	6.02	2.37	7.74	1.97	5.52	2.45
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3.31	2.42	4.39	2.53	3.24	2.33
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	7.38	1.93	7.42	2.35	6.44	2.43
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	7.40	1.98	7.68	1.90	6.68	2.21
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	6.56	2.09	7.45	1.84	5.64	2.61
Total	75.6	16.2	84.1	16.1	74.1	15.5

Tabla 17: Autoeficacia frente a la muerte según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

A través de la prueba de Welch (tabla 18), se observó que existían diferencias significativas en los siguientes ítems: “Tocar un cadáver” ($p=0.041$), “Comunicarse con un enfermo moribundo” ($p=0.045$), “Dar el pésame a la familia de un paciente” ($p<0.001$) y “Proporcionar apoyo emocional a la familia de un paciente” ($p=0.014$).

One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
Afrontar la muerte de una persona anciana	0.430	2	59.2	0.652
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	0.807	2	56.9	0.451
Escuchar las preocupaciones del familiar de un enfermo moribundo	1.504	2	53.6	0.231
Tocar un cadáver	3.354	2	63.3	0.041
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	0.967	2	62.2	0.386
Comunicarse con un enfermo moribundo	3.270	2	59.3	0.045
Dar el pésame a la familia de un paciente	8.988	2	57.3	< .001
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	2.115	2	57.5	0.130
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	1.530	2	52.8	0.226
Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradable	1.599	2	55.8	0.211
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	4.643	2	54.9	0.014

Tabla 18: Prueba ANOVA para autoeficacia frente a la muerte según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Con la prueba de Games-Howell Post-Hoc, se pudo saber entre qué campus existían dichas diferencias. De esta forma, se observó que había diferencias significativas para “Tocar un cadáver” entre CC (media 6.67) y SBP (media 8.20) ($p=0.049$). También pueden observarse diferencias significativas en “Comunicarse con un enfermo moribundo” entre CTE y CC ($p=0.039$), donde CTE presenta una media de 8.13 puntos mientras CC 7.17 puntos (tabla 19).

En el ítem “Dar el pésame a la familia de un paciente” se observaron diferencias significativas entre CC (media: 6.02) y CTE (media: 5.52) ($p=0.002$), además de darse entre CTE y SBP (media: 5.52) ($p=0.002$) (tabla 19).

Por último, el ítem “Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente” presentaba diferencias significativas entre CTE (media: 7.45) y SBP (media: 5.64) ($p=0.015$) (tabla 19).

Games-Howell Post-Hoc Test - Tocar un cadáver				
		Campus Terres de l'Ebre	Campus Catalunya	Seu del Baix Penedès
Campus Terres de l'Ebre	Mean difference p-value	— —	1.30 0.120	-0.232 0.927
Campus Catalunya	Mean difference p-value		— —	-1.533 0.043
Seu del Baix Penedès	Mean difference p-value			— —
Games-Howell Post-Hoc Test – Comunicarse con un enfermo moribundo				
		Campus Terres de l'Ebre	Campus Catalunya	Seu del Baix Penedès
Campus Terres de l'Ebre	Mean difference p-value	— —	0.962 0.039	0.729 0.220
Campus Catalunya	Mean difference p-value		— —	-0.233 0.848
Seu del Baix Penedès	Mean difference p-value			— —
Games-Howell Post-Hoc Test – Dar el pésame a la familia de un paciente				
		Campus Terres de l'Ebre	Campus Catalunya	Seu del Baix Penedès
Campus Terres de l'Ebre	Mean difference p-value	— —	1.72 0.002	2.222 0.002
Campus Catalunya	Mean difference p-value		— —	0.501 0.681
Seu del Baix Penedès	Mean difference p-value			— —
Games-Howell Post-Hoc Test – Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente				
		Campus Terres de l'Ebre	Campus Catalunya	Seu del Baix Penedès
Campus Terres de l'Ebre	Mean difference p-value	— —	0.889 0.123	1.812 0.015
Campus Catalunya	Mean difference p-value		— —	0.923 0.288
Seu del Baix Penedès	Mean difference p-value			— —

Tabla 19: Prueba Games-Howell Post-Hoc para ítems de Hospices. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Curso:

Las puntuaciones medias totales obtenidas por curso fueron 72.3 puntos para los/las estudiantes de tercer curso y 81.8 puntos para los/las estudiantes de cuarto. Además, se calculó la media de los diferentes ítems por curso para poder obtener los ítems de mayor y menor puntuación (tabla 20):

- Tercero: para los/las alumnos/as de tercero el ítem de media más alta fue “Afrontar la muerte de una persona anciana”. Por otra parte, el ítem con menor media fue “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”.

- Cuarto: el ítem con mayor media fue “Afrontar la muerte de una persona anciana”, mientras que “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad” fue el ítem con la media más baja.

	Tercer curso		Cuarto curso	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Afrontar la muerte de una persona anciana	7.95	1.45	8.32	1.54
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7.83	1.51	8.05	1.62
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7.41	1.86	7.56	2.01
Tocar un cadáver	6.68	2.62	7.90	2.89
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	7.29	1.93	8.21	1.59
Comunicarse con un enfermo moribundo	7.10	2.02	7.78	1.51
Dar el pésame a la familia de un paciente	5.56	2.10	6.97	2.48
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3.20	2.14	3.89	2.63
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	6.56	1.82	7.56	2.35
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	6.66	1.93	7.73	1.99
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	6.10	2.27	6.94	2.18
Total	72.3	14.3	81.3	16.8

Tabla 20: Autoeficacia frente a la muerte según curso. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Cuando se realizó la comparación entre la escala y el curso mediante la prueba no paramétrica de T de Student, U de Mann-Whitney (tabla 21), se pudo observar que los ítems que presentaban diferencias significativas fueron “Tocar un cadáver” ($p=0.006$), donde tercero presenta una media de 6.68 puntos mientras que cuarto tiene una media de 7.90 puntos; “Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo” ($p=0.013$), donde tercero tiene una media de 7.29 puntos y cuarto 8.21 puntos; “Dar el pésame a la familia de un paciente” ($p=0.002$), donde tercero presenta una media de 5.56 puntos mientras que cuarto 6.97 puntos; “Acompañar a una persona en el momento de su muerte” ($p=0.006$), donde tercero tiene una media de 6.56 puntos mientras que cuarto tiene una media de 7.56 puntos y “Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradable” ($p=0.003$), donde tercero presenta una media de 6.66 puntos y cuarto una media de 7.73 puntos.

Independent Samples T-Test			
		Statistic	p
Afrontar la muerte de una persona anciana	Mann-Whitney U	1067	0.126
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	Mann-Whitney U	1154	0.349
Escuchar las preocupaciones del familiar de un enfermo moribundo	Mann-Whitney U	1208	0.571
Tocar un cadáver	Mann-Whitney U	891	0.006
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	Mann-Whitney U	924	0.013
Comunicarse con un enfermo moribundo	Mann-Whitney U	1077	0.147
Dar el pésame a la familia de un paciente	Mann-Whitney U	820	0.002
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	Mann-Whitney U	1115	0.235
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	Mann-Whitney U	886	0.006
Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradable	Mann-Whitney U	855	0.003
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	Mann-Whitney U	1000	0.050

Tabla 21: Prueba U Mann-Whitney para autoeficacia frente a la muerte según curso. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Sexo:

Las estudiantes de sexo femenino obtuvieron una puntuación total de 77.9 puntos, a diferencia de los estudiantes de sexo masculino que obtuvieron una media de 76.7 puntos. Añadido a esto, se calculó la media de los ítems por sexo, para poder obtener los ítems de mayor y menor puntuación (tabla 22):

- **Femenino:** el ítem de mayor puntuación entre el sexo femenino fue “Afrontar la muerte de una persona anciana”, mientras que “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad” fue el ítem peor valorado.
- **Masculino:** el ítem mejor valorado entre el sexo masculino fue “Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo”. Por otro lado, el ítem de menor puntuación fue “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”.

A través de la comparación mediante la prueba de U de Mann-Whitney (tabla 23), se pudo analizar que no existía ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins.

	Femenino		Masculino	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Afrontar la muerte de una persona anciana	8.21	1.37	7.78	2.68
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7.99	1.51	7.67	2.24
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7.53	1.91	7.22	2.44
Tocar un cadáver	7.36	2.82	8.11	3.14
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	7.75	1.79	8.89	1.27
Comunicarse con un enfermo moribundo	7.49	1.75	7.67	1.87
Dar el pésame a la familia de un paciente	6.53	2.31	5.22	3.35
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3.57	2.47	4.11	2.47
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	7.19	2.15	6.89	2.85
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	7.35	1.90	6.89	3.22
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	6.64	2.16	6.22	3.11
Total	77.9	15.7	76.7	23.7

Tabla 22: Autoeficacia frente a la muerte según sexo. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Independent Samples T-Test			
		Statistic	p
Afrontar la muerte de una persona anciana	Mann-Whitney U	416	0.896
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	Mann-Whitney U	420	0.934
Escuchar las preocupaciones del familiar de un enfermo moribundo	Mann-Whitney U	404	0.786
Tocar un cadáver	Mann-Whitney U	332	0.261
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	Mann-Whitney U	264	0.055
Comunicarse con un enfermo moribundo	Mann-Whitney U	419	0.920
Dar el pésame a la familia de un paciente	Mann-Whitney U	319	0.206
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	Mann-Whitney U	363	0.453
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	Mann-Whitney U	405	0.793
Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradable	Mann-Whitney U	425	0.981
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	Mann-Whitney U	401	0.761

Tabla 23: Prueba U de Mann-Whitney para la autoeficacia frente a la muerte según sexo. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Edad:

Los/las estudiantes por debajo de la media de edad (23.5 años) obtuvieron una puntuación media en la escala global de 74.43 puntos, mientras que el grupo de estudiantes por encima de la media de edad, obtuvieron una puntuación de 88.81 puntos. Por otra parte, se calculó la media de los ítems según grupo de edad (tabla 24):

- Estudiantes por debajo de la media de edad (23.5 años): el ítem mejor valorado para estos/as estudiantes fue “Afrontar la muerte de una persona anciana”, mientras que el peor valorado fue “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”.
- Estudiante por encima de la media de edad (23.5 años): el ítem mejor que obtuvo mejor media fue “Tocar un cadáver” mientras que el ítem peor valorado fue “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad”.

	Edad por debajo de la media (<23.3 años)		Edad por encima de la media (>23.3 años)	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Afrontar la muerte de una persona anciana	8.18	1.3	8.6	1.32
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7.87	1.55	8.55	0.86
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7.19	1.98	8.28	0.77
Tocar un cadáver	7.06	2.75	9.11	1.16
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	7.58	1.66	9.05	0.76
Comunicarse con un enfermo moribundo	7.29	1.59	8.72	0.89
Dar el pésame a la familia de un paciente	5.85	2.32	7.85	0.97
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3.37	2.29	5.03	1.28
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	6.61	2.23	7.98	1.22
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	7.2	1.86	8.08	1.51
Total	74.43	21.78	88.81	11.61

Tabla 24: Autoeficacia frente a la muerte según edad. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Para la comparación entre la escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins y la edad, se utilizó la prueba de correlación de Spearman (tabla 25). De esta forma, se pudo visualizar que existían diferencias significativas entre los siguientes ítems: “Tocar un cadáver” ($p < 0.001$), “Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo” ($p < 0.001$), “Comunicarse con un enfermo moribundo” ($p = 0.007$), “Dar el pésame a la familia de un paciente” ($p = 0.004$), “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad” ($p = 0.002$) y “Acompañar a una persona en el momento de su muerte” ($p = 0.041$).

Correlation Matrix		
		Edad
Edad	Spearman's rho	—
	p-value	—
Afrontar la muerte de una persona anciana	Spearman's rho	0.169
	p-value	0.087
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	Spearman's rho	0.148
	p-value	0.133
Escuchar las preocupaciones del familiar de un enfermo moribundo	Spearman's rho	0.072
	p-value	0.470
Tocar un cadáver	Spearman's rho	0.366
	p-value	< .001
Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo	Spearman's rho	0.386
	p-value	< .001
Comunicarse con un enfermo moribundo	Spearman's rho	0.265
	p-value	0.007
Dar el pésame a la familia de un paciente	Spearman's rho	0.284
	p-value	0.004
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	Spearman's rho	0.299
	p-value	0.002
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	Spearman's rho	0.201
	p-value	0.041
Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradable	Spearman's rho	0.179
	p-value	0.069
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	Spearman's rho	0.182
	p-value	0.065

Tabla 25: Prueba Correlación de Spearman para la autoeficacia frente a la muerte según edad. Fuente: propia a partir de Jamovi.

8.2.3. Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales

Esta escala consiste en una pregunta donde se pidió a los participantes responder su percepción respecto el cuidado asistencial frente a enfermos terminales.

La interpretación de esta escala se obtiene a través de la media de los participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada, 2: poco, 3: regular, 4: bastante y 5: mucho. Por consiguiente, la máxima puntuación posible es 5 y la mínima es 1.

La media de respuestas entre todos los participantes fue de 2.99 puntos, la desviación típica fue de 0.898 (tabla 26).

	Media	Desv. Típica
Preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales	2.99	0.898
Preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales	3.91	0.860
Preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales	3.24	0.919
Preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales	4.18	0.747

Tabla 26: Preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales. Fuente: propia a partir de Jamovi.

A continuación, se relaciona la escala de preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales, con las diferentes variables sociodemográficas:

Campus:

La media obtenida entre los participantes de CC fue de 2.95 puntos. Por otro lado, la media de respuestas entre CTE fue de 3.35 puntos y la media entre los/las alumnos/as de SBP fue de 2.68 puntos (tabla 27).

	Campus Catalunya		Campus Terres de l'Ebre		Seu Baix Penedès	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	2.92	0.895	3.35	0.755	2.68	0.945
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	3.85	0.825	4.03	0.836	3.88	0.971
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	3.17	0.883	3.55	0.961	3.00	0.866
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	4.10	0.778	4.32	0.702	4.16	0.746

Tabla 27: Preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Para la comparación de dicha escala con el campus, se realizó la prueba paramétrica de ANOVA (Fisher) (tabla 28), ya que después de realizar la prueba de Levene se observaba que la distribución de las variables era normal. Tras esto, se visualiza que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres campus, ya que $p=0.013$.

One-Way ANOVA					
		F	df1	df2	p
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	Welch's	4.907	2	57.1	0.011
	Fisher's	4.498	2	101	0.013
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	Welch's	0.446	2	54.9	0.642
	Fisher's	0.424	2	101	0.656
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	Welch's	2.674	2	57.0	0.078
	Fisher's	2.849	2	101	0.063
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	Welch's	0.855	2	58.2	0.430
	Fisher's	0.817	2	101	0.445

Tabla 28: Prueba ANOVA para la escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Posteriormente, mediante la prueba Games-Howell Post-Hoc (tabla 29), se pudieron observar las combinaciones posibles entre los tres campus para averiguar entre cuales existían diferencias significativas. En este caso, las diferencias significativas se dieron entre CTE con una media de 3.35 puntos y SBP con una media de 2.68 puntos ($p=0.013$).

Tukey Post-Hoc Test - ¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?				
		Campus Terres de l'Ebre	Campus Catalunya	Seu del Baix Penedès
Campus Terres de l'Ebre	Mean difference	—	0.438	0.675
	p-value	—	0.078	0.013
Campus Catalunya	Mean difference	—	—	0.237
	p-value	—	—	0.513
Seu del Baix Penedès	Mean difference	—	—	—
	p-value	—	—	—

Tabla 29: Prueba Games-Howell Post-Hoc para la Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales según campus. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Curso:

La media obtenida por los participantes de tercer curso fue de 2.66 puntos. Por otro lado, los/las estudiantes de cuarto curso obtuvieron una media total de 3.21 puntos (tabla 30).

Para comparar esta escala y el curso, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney (tabla 31) ya que, tras la realización de la prueba de Levene, las variables presentaron una

distribución no normal. A través de esta comparación, se pudo observar que existían diferencias estadísticamente significativas, ya que $p=0.005$.

	Tercer curso		Cuarto curso	
	Media	Desv. Típica	Media	Desv. típica
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	2.66	0.794	3.21	0.901
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	3.78	0.759	4.00	0.916
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	3.00	0.742	3.40	0.993
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	4.17	0.629	4.19	0.820

Tabla 30: Preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según curso. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Independent Samples T-Test			
		Statistic	p
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	Mann-Whitney U	874	0.005
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	Mann-Whitney U	1010	0.058
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	Mann-Whitney U	973	0.036
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	Mann-Whitney U	1160	0.421

Tabla 31: Prueba U de Mann-Whitney para la Escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según curso. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Sexo:

La media de respuesta obtenida entre el total de participantes del sexo femenino fue de 2.99 puntos. A su vez, los participantes del sexo masculino obtuvieron una media total de 3 puntos (tabla 32).

A través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (tabla 33), se visualizó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales ($p=0.941$).

	Femenino		Masculino	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	2.99	0.928	3.00	0.50
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	3.95	0.843	3.56	1.01
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	3.21	0.910	3.56	1.01
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	4.20	0.723	4.00	1.00

Tabla 32: Preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según sexo. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Independent Samples T-Test			
		Statistic	p
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	Mann-Whitney U	421	0.941
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	Mann-Whitney U	338	0.257
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	Mann-Whitney U	331	0.237
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	Mann-Whitney U	391	0.636

Tabla 33: Prueba U de Mann-Whitney para la escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según sexo. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Edad:

Para esta variable, se plasmó la media de los/las alumnos/as de menor edad en comparación de los/las alumnos/as de mayor edad. Los/las estudiantes por debajo de la media de edad (23.5 años) obtuvieron una puntuación de 2.83, mientras que los/las alumnos/as por encima de la edad media presentaron una media total de 3.69 puntos (tabla 34).

A través la prueba de correlación de Spearman (tabla 35), se observó que existían diferencias significativas entre las diferentes edades de los participantes, en este caso, $p=0,004$.

	Edad por debajo de la media (<23.3 años)		Edad por encima de la media (>23.3 años)	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	2.83	0.93	3.69	0.32
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	3.86	0.8	4.25	0.58
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	3.23	0.93	3.69	0.46
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	4.25	0.68	4.32	0.61

Tabla 34: Preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según edad. Fuente: propia a partir de Jamovi.

Correlation Matrix		
		Edad
Edad	Spearman's rho	—
	p-value	—
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales?	Spearman's rho	0.283
	p-value	0.004
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos no terminales?	Spearman's rho	0.094
	p-value	0.341
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?	Spearman's rho	0.256
	p-value	0.009
¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos no terminales?	Spearman's rho	0.075
	p-value	0.447

Tabla 35: Correlación de Spearman para la escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales según edad. Fuente: propia a partir de Jamovi.

8.2.4. Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales

Esta escala consiste en una pregunta para evaluar la preparación de los/las estudiantes respecto a los enfermos no terminales.

La interpretación se obtiene a través de la media de los participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada, 2: poco, 3: regular, 4: bastante y 5: mucho.

La media de respuestas entre todos los participantes fue de 3.91 puntos. Por otro lado, la desviación típica fue de 0.860 puntos (tabla 26).

A continuación, se relaciona la escala de preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales con las diferentes variables sociodemográficas:

Campus:

La media de puntuación obtenida entre los/las alumnos/as de CC fue de 3.85 puntos. Los/las estudiantes de CTE obtuvieron una media de 4.03 puntos, mientras que los/las de SBP obtuvieron una media de 3.88 puntos (tabla 27).

Tras realizar la comparación entre las variables mediante la prueba no paramétrica de ANOVA (Welch) (tabla 28), se pudo observar que no existían diferencias significativas entre los diferentes campus y la escala mencionada.

Curso:

Los/las alumnos/as de tercer curso presentaron una media de puntuación de 3.78, mientras que los/las estudiantes de cuarto obtuvieron una media de 4 puntos (tabla 30).

Posteriormente, se realizó la comparación del curso con la escala en cuestión a través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (tabla 31), evidenciándose que no presentaba diferencias estadísticamente significativas entre dichas variables.

Sexo:

La media obtenida para el sexo femenino a través de esta escala fue de 3.95 puntos. Por otro lado, el sexo masculino obtuvo una media total de 3.56 puntos (tabla 32).

A través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (tabla 33), se visualizó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el sexo para la escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.

Edad:

Para la edad, se plasmó la media de los/las alumnos/as de menor edad en comparación de los/las de mayor edad. Los/las estudiantes por debajo de la media de edad (23.5

años) obtuvieron una puntuación de 3.86, mientras que los/las alumnos/as por debajo de la edad media presentaron una media total de 4.25 puntos (tabla 34).

A través de la correlación de Spearman (tabla 35), se pudo observar que no existían diferencias significativas entre las diferentes edades de los participantes.

8.2.5. Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales

Esta escala consiste en una única pregunta que se evaluara e interpreta como las dos escalas anteriores.

La media total obtenida entre todos alumnos/as participantes fue de 3.24 puntos. Por otro lado, la desviación típica fue de 0.919 puntos (tabla 26).

A continuación, se relaciona la escala preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales con las diferentes variables sociodemográficas:

Campus:

Los/las alumnos/as de CC obtuvieron una media total de 3.17 puntos. La media obtenida en CTE fue de 3.55 puntos, mientras que los/las de SBP obtuvieron una media de 3 puntos (tabla 27).

A través de la prueba no paramétrica de ANOVA (Welch) se pudo observar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes campus (tabla 28).

Curso:

La media total obtenida para los/las participantes de tercer curso fue de 3 puntos, mientras que la media obtenida entre los/las estudiantes de cuarto curso fue de 3.40 puntos (tabla 30).

Posteriormente se realizó una comparación entre los cursos y la escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos

terminales, mediante la prueba U de Mann-Whitney (tabla 31), de esta forma se observaron diferencias significativas ($p=0.036$) entre estos ambos cursos.

Sexo:

Se obtuvo una media total de 3.21 puntos para las alumnas del sexo femenino, mientras que los participantes de sexo masculino obtuvieron una media total de 3.56 puntos (tabla 32).

A través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (tabla 33) se observó que no existían diferencias significativas entre el sexo y la escala de este apartado.

Edad:

Para esta variable, se plasmó la media de los/las alumnos/as de menor edad en comparación de los/las de mayor edad. Los/las estudiantes por debajo de la media de edad (23.5 años) obtuvieron una puntuación de 3.23, mientras que los/las alumnos/as más jóvenes presentaron una media total de 3.69 puntos (tabla 34).

Posteriormente, para la comparación de la edad y la escala estudiada, se utilizó la prueba de correlación de Spearman (tabla 35), donde se observó que existían diferencias estadísticamente significativas de las diferentes edades y la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales ($p=0.009$).

8.2.6. Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales

Esta escala consta de una única pregunta que evalúa la preparación emocional de los/las estudiantes para cuidar enfermos no terminales. Como en las anteriores, la interpretación es 1: nada; 2: poco; 3: regular; 4: bastante y 5: mucho.

La media total obtenida entre los/las alumnos/as participantes fue de 4.18 puntos. Por otro lado, la desviación típica fue de 0.747 puntos (tabla 26).

A continuación, se relaciona la escala de preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales con las diferentes variables sociodemográficas:

Campus:

La media de CC fue de 4.10 puntos. CTE obtuvo una media de 4.32 puntos. Por último, la media de SBP fue de 4.16 (tabla 27).

A través de la prueba no paramétrica de ANOVA (Welch) se visualizó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes campus (tabla 28).

Curso:

Los/las alumnos/as de tercer curso obtuvieron una media de 4.17 puntos, a diferencia de los/las alumnos/as de cuarto que obtuvieron una media de 4.19 puntos (tabla 30).

Tras realizar la comparación, mediante la prueba U de Mann-Whitney, de ambos cursos y la escala estudiada (tabla 31), no se observaron diferencias significativas.

Sexo:

Las alumnas de sexo femenino obtuvieron una media de 4.20 puntos, mientras que los alumnos de sexo masculino obtuvieron una media total de 4 puntos (tabla 32).

Para realizar la comparación entre el sexo y esta escala, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney (tabla 33). De esta forma, no se encontraron diferencias significativas.

Edad:

Para la edad, se plasmó la media de los/las alumnos/as de menor edad en comparación de los/las de mayor edad. Los/las estudiantes por debajo de la media de edad (23.5 años) obtuvieron una puntuación de 4.25, mientras que los/las alumnos/as por encima de la edad media presentaron una media total de 4.32 puntos (tabla 34).

Para la comparación de la edad y la escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales, se utilizó la

prueba de correlación de Spearman, no encontrando ninguna diferencia significativa entre ambas variables (tabla 35).

9. DISCUSIÓN

A raíz del total de alumnos/as que han participado en el estudio, se puede decir que, una vez eliminadas las respuestas repetidas e invalidas, existe un alto porcentaje (71.94%) de estudiantes que han presenciado el proceso de muerte. Asumimos que se trata de un porcentaje elevado dentro de la muestra total obtenida, ya que no disponemos de un estudio previo del total de alumnos/as que han presenciado el proceso de muerte.

A continuación, se procede a realizar la discusión de los resultados en referencia al total de la muestra y de las diferentes variables en base a las escalas proporcionadas.

1. Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen:

Los participantes han obtenido una media total de 54.9 puntos para esta escala (tabla 6). Si se tiene en cuenta que, a mayor media mejor nivel de afrontamiento ante la muerte y que la puntuación mínima y máxima se encuentra entre 12 y 84, podemos referir que los/las estudiantes presentan un nivel “medio-moderado”. A partir de esta puntuación, se puede deducir que, de forma general, los/las estudiantes de la URV no se encuentran completamente preparados para tratar pacientes próximos a la muerte.

La puntuación obtenida se puede justificar a causa de la escasa formación sobre el duelo y la muerte (6) que se brinda por parte de las diferentes asignaturas de la Universidad. La formación principalmente va dirigida a pacientes crónicos y agudos, dejando de lado a aquellos/as pacientes que se encuentran próximos/as a la muerte, siendo estas situaciones, una de las experiencias más estresantes que experimentarían los/las estudiantes de enfermería (5).

En referencia a la correlación entre el campus y la presente escala (tabla 7), se ha observado que CTE ha obtenido mejor media global (55.7 puntos) en comparación a CC y SBP (55.3 y 53.1 puntos, respectivamente). Por lo tanto, se puede deducir que los/las estudiantes del de CTE presentan mayor competencia frente al proceso de muerte. Posteriormente, tras realizar la correlación entre el campus y los diferentes ítems de la escala (tabla 8), se puede observar que existen diferencias significativas en el ítem “Me

puedo comunicar con los pacientes al final de la vida” entre CTE (5.61 puntos) y SBP (4.64 puntos) (tabla 9).

La diferencia significativa obtenida para el ítem mencionado anteriormente podría proceder de la accesibilidad a diferentes centros sanitarios debido a la ubicación de los tres campus.

Referente a la correlación entre el curso y la escala actual (tabla 10), se puede referir que los/las estudiantes de cuarto curso presentan una media superior (56.7 puntos) a los/las de tercer curso (52.1 puntos). Por lo tanto, se puede deducir que los/las alumnos/as del cuarto curso presentan mayor competencia frente al proceso de muerte. Seguidamente, la correlación entre el curso y los ítems de dicha escala (tabla 11) presenta diferencias significativas en el ítem “Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte”. Los/las estudiantes de cuarto presentan mayor media (5.62 puntos) que los/las de tercero (4.85 puntos) para este ítem. Además, se puede observar que los/las participantes de cuarto curso presentan mayores medias que los/las de tercer curso en todos los ítems de esta escala (tabla 10).

La media global y la media de cada ítem superior en los/las estudiantes de cuarto, podría deberse al número de horas de prácticas clínicas (superior en alumnos/as de cuarto curso), centros y unidades dónde se realicen dichas prácticas, por lo que estos/as presentan mayor competencia frente al proceso de muerte.

Si realizamos la correlación entre el sexo y esta escala (tabla 12), se visualiza que las participantes del sexo femenino presentan mejor media (57.6 puntos) los participantes del sexo masculino (54.6 puntos) en dicha escala. Por lo tanto, se puede deducir que las estudiantes del sexo femenino presentan mayor competencia frente al proceso de muerte. En referencia a cada ítem (tabla 13), se puede observar que existen diferencias significativas entre: “Soy capaz de afrontar pérdidas futuras”, “Me siento capaz de manejar la muerte de seres cercanos a mí” y “Sé cómo hablar con los niños de la muerte”. En los dos primeros ítems, el sexo masculino presenta mejor media (5.56; 4.89 respectivamente) que el sexo femenino (3.92; 3.63 puntos respectivamente), por otro lado, el último ítem presenta mayor media para el sexo femenino (3.57 puntos) que para el masculino (2.33 puntos).

Principalmente habría que destacar que gran parte de la muestra (91.35%) pertenece al sexo femenino. Por otra parte, dicho estudio no presenta de información necesaria que

nos indique porqué los alumnos del sexo masculino o viceversa presentan mayor media en los diferentes ítems.

Por último, se correlaciona la edad y la presente escala (tabla 14). En esta variable, principalmente se observan los resultados divididos en dos grupos, por un lado, los/las alumnos/as por debajo de la edad media (23.5 años) y, por otro lado, los/las que se encuentran por encima de la media de edad. Se evidencia que las mejores puntuaciones (57.12 puntos) las obtienen los/las estudiantes mayores de 23.5 años, consecuentemente, se puede deducir que estos/as estudiantes presentan mayor competencia frente al proceso de muerte en comparación con los/las que se encuentran por debajo de la edad media (52.34 puntos). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre los ítems y las diferentes edades (tabla 15).

La diferencia de puntuaciones entre ambos grupos podría explicarse por la experiencia de vida de las personas de mayor edad, según Mastroianni *“las actitudes hacia la muerte y cuidado del morir son comportamientos psicológicos aprendidos como parte de la vida social de una persona y experiencias culturales durante su vida”* (57).

2. Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, la puntuación mínima y máxima para esta escala es de 11 y 110 puntos, respectivamente, encontrándose la puntuación entre ambos valores. Además, se debe tener en cuenta que mayores puntuaciones indican mayores niveles de autoeficacia ante la muerte, por lo que la media total obtenida por los/las estudiantes (77.8 puntos) (tabla 16) muestra que presentan un nivel “moderado” ante la escala estudiada. Esto puede indicar que, de forma general, los/las estudiantes del grado de enfermería de la URV no son totalmente autoeficaces a la hora de afrontar el proceso de muerte de un paciente.

El resultado obtenido en esta escala se puede relacionar con el temario impartido en el grado de enfermería de la URV, mostrándose escaso en temas como el duelo y la tanatología (6,13).

En un inicio, tras analizar las puntuaciones de los ítems de la escala global (tabla 16), se observa que el ítem de mayor puntuación es “Afrontar la muerte de una persona anciana” (8.17 puntos) mientras que el ítem de menor puntuación es “Afrontar la muerte

de un amigo de tu edad” (3.62 puntos), evidenciando la diferente aceptación entre la muerte de un paciente niño/joven a la de un anciano (14,46).

Referente a la correlación entre el campus y la escala estudiada (tabla 17), se puede observar que CTE es el campus mejor valorado, ya que ha obtenido la media más alta (84.1 puntos) mientras que CC y SBP cuentan con una puntuación total de 75.6 y 74.1, respectivamente. Una vez estudiados los ítems de forma individual (tabla 18), se observan diferencias significativas en el ítem “Tocar un cadáver” entre CC (6.67 puntos) y SBP (8.20), “Comunicarse con un enfermo moribundo” entre CC (7.17 puntos) y CTE (8.13), “Dar el pésame a la familia de un paciente” entre CC (6.02 puntos) y CTE (7.74 puntos), además de darse entre CTE y SBP (5.52 puntos). Por último, existen diferencias significativas en el ítem “Proporcionar apoyo emocional a la familia de un paciente” entre CTE (7.45 puntos) y SBP (5.64 puntos) (tabla 19).

Así pues, a través de los anteriores ítems, se puede observar que CTE se percibe mejor preparado para afrontar el proceso de muerte de un paciente, pudiéndose explicar por la accesibilidad a diferentes centros de prácticas y las diferencias a la hora de impartir el temario, ya que los centros de prácticas y profesores de CTE son distintos a los de CC y SBP.

En relación con el curso y dicha escala (tabla 20), se observa que los/las estudiantes de cuarto presentan una puntuación media de 81.3 puntos, mientras que los/las de tercero presentan una puntuación de 72.3 puntos, ligeramente inferior a sus compañeros de último curso. Por otra parte, se encuentran diferencias significativas (tabla 24) en los ítems de “Tocar un cadáver” donde tercero presenta una media de 6.68 puntos mientras que cuarto tiene una media de 7.90 puntos. En el ítem “Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo” tercero tiene una media de 7.29 puntos y cuarto, 8.21 puntos. En el ítem “Dar el pésame a la familia de un paciente” tercero presenta una media de 5.56 puntos mientras que cuarto 6.97 puntos. En el ítem “Acompañar a una persona en el momento de su muerte” tercero tiene una media de 6.56 puntos mientras que cuarto tiene una media de 7.56 puntos. Por último, el ítem “Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradable” tercero presenta una media de 6.66 puntos y cuarto una media de 7.73 puntos.

Se puede observar que los/las estudiantes de cuarto curso presentan mayores medias que los/las de tercero en todos los ítems. Esta tendencia podría explicarse por el número de horas de prácticas clínicas, superior en alumnos/as de cuarto curso, centros y

unidades dónde se realicen dichas prácticas, por lo que los/las alumnos/as de cuarto presentan mayor autoeficacia que los/las de tercer curso.

Tras relacionar la escala estudiada con el sexo (tabla 22), se encuentra que las estudiantes presentan una media total de 77.6 puntos, mientras que los estudiantes presentan una puntuación media de 76.7 puntos, evidenciándose una mejor autoeficacia ante la muerte por parte de las alumnas del grado de enfermería. Como se mencionó anteriormente, gran parte de la muestra (91.35%) pertenece al sexo femenino. Por otra parte, dicho estudio no presenta de información necesaria que nos indique porqué los alumnos del sexo masculino o viceversa presentan mayor media en los diferentes ítems.

Finalmente, se correlaciona la edad y la escala estudiada (tabla 24), de esta forma se observa una mejor autoeficacia en los/las estudiantes por encima de 23.5 años, presentando una puntuación total de 88.1 puntos, mientras que los/las alumnos/as por debajo de la edad media presentan una totalidad de 74.43 puntos. Añadido a esto, se encontraron diferencias significativas (tabla 25) en los ítems de “Tocar un cadáver”, “Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo”, “Comunicarse con un enfermo moribundo”, “Dar el pésame a la familia de un paciente”, “Afrontar la muerte de un amigo de tu edad” y “Acompañar a una persona en el momento de su muerte”. Siendo, el/la alumna de mayor edad, aquella con puntuaciones más altas en dichos ítems.

Asimismo, como se ha mencionado en la escala anterior, las personas de mayor edad presentarían mayor experiencia de vida respecto a los/las alumnos/as la de menor edad.

3. Escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales

Para llevar a cabo el análisis de las 4 escalas que evalúan la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales/no terminales se procede a hacerlo de forma conjunta ya que permite visualizar mejor los resultados.

La escala 1 (E1) evalúa la preparación asistencial para cuidar enfermos terminales; la escala 2 (E2) evalúa la preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales; la escala 3 (E3) evalúa la preparación emocional para cuidar enfermos terminales y la escala 4 (E4) evalúa la preparación emocional para cuidar enfermos no terminales.

La interpretación de esta escala se obtiene a través de la media de los/las participantes, equiparándose a las puntuaciones de las respuestas: 1: nada; 2: poco; 3: regular; 4: bastante y 5: mucho. Por consiguiente, la máxima puntuación posible es 5 y la mínima es 1.

Por un lado, la media global de los/las participantes (tabla 26) para E1 es de 2.99 puntos, exponiendo que presentan una preparación asistencial regular para cuidar enfermos terminales, mientras que E2 presenta una media global de 3.91 puntos, deduciendo que los/las estudiantes presentan una preparación asistencial bastante buena para cuidar enfermos no terminales. Por otro lado, la media global de estos/as para E3 es de 3.24 puntos, evidenciándose una preparación emocional regular para cuidar enfermos terminales mientras que E4 presenta una media de 4.18 puntos, exponiéndose una preparación emocional bastante buena para cuidar enfermos no terminales.

A raíz de estas medias globales, se deduce que existe una mejor preparación emocional por parte del alumnado. Añadido a lo anterior, la preparación asistencial y emocional es superior en enfermos no terminales. Como menciona Orozco González et al. (6), durante la formación universitaria no se cuenta con la preparación necesaria para manejar las emociones y sensaciones del primer contacto con la muerte de un paciente, por lo que es fundamental proporcionar apoyo psicológico para afrontar el estrés y la ansiedad que puede ocasionar estas situaciones.

En referencia a la correlación entre el campus y las diferentes escalas (tabla 27), se puede observar que CTE (E1: 3.35, E2: 4.03, E3: 3.55 y E4: 4.32) presenta unas puntuaciones medias superiores a CC (E1: 2.92, E2: 3.85, E3: 3.17 y E4: 4.10) y SBP (E1: 2.68, E2: 3.88, E3: 3 y E4: 4.16), indicando de esta forma una mejor preparación asistencial y emocional percibida frente a enfermos terminales y no terminales.

E1 presenta diferencias significativas entre CTE (3.35 puntos) y SBP (2.68 puntos) (tabla 29). Por otro lado, E2, E3 y E4 no presentan diferencias significativas entre los tres campus (tabla 28). La diferencia entre CTE y SBP para E1 podría explicarse a que los/las alumnos/as de CTE disponen de diferentes centros sanitarios donde realizar las prácticas clínicas, los cuales no son comunes con SBP.

Referente al curso (tabla 30), se puede observar que las cuatro escalas presentan una media global superior para los/las estudiantes de cuarto curso (E1: 3.21, E2: 4, E3: 3.40 y E4: 4.19) que para los/las de tercer curso (E1: 2.66, E2: 3.78, E3: 3 y E4: 4.17), indicando que los/las de cuarto presentan una mejor preparación asistencial y emocional

percibida frente a enfermos terminales y no terminales. De esta forma, E1 y E3 presentan diferencias significativas entre ambos cursos (tabla 31), mientras que el resto de las escalas no presentan diferencias significativas. Los resultados obtenidos, como ya se ha mencionado anteriormente, podrían deberse a la cantidad de horas de prácticas clínicas, siendo superior en aquellos/as alumnos/as de cuarto curso que estén realizando las asignaturas de Prácticas Clínicas III, IV, V y VI; provocando una mayor exposición a situaciones con enfermos en SUD.

En referencia a la correlación entre el sexo y las cuatro escalas (tabla 32), se puede visualizar que la E1 presenta medias similares para los/las estudiantes del sexo femenino y masculino (2.99 y 3 puntos, respectivamente), indicando que ambos sexos presentan una igual preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales. En E2, las participantes del sexo femenino presentan mejor media (3.95 puntos) que los participantes del sexo masculino (3.65 puntos), indicando que el sexo femenino presenta una mayor preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales. Para E3, los estudiantes del sexo masculino presentan una media superior (3.56 puntos) que las del sexo femenino (3.21 puntos), indicando que el sexo masculino presenta una mayor preparación emocional para cuidar enfermos terminales. Por último, en E4 la puntuación para los alumnos de sexo masculino (4 puntos) fue menor que el de las alumnas (4.20 puntos), indicando una mejor preparación emocional para cuidado enfermos no terminales en el sexo femenino.

Finalmente, dichas escalas no presentan diferencias significativas entre ambos sexos (tabla 33). Por otra parte, dicho estudio no presenta de información necesaria que nos indique porqué los alumnos del sexo masculino o viceversa presentan mayor media.

Por último, se correlaciona la edad entre las cuatro escalas (tabla 34). En esta variable, se observan las puntuaciones divididas en dos grupos, a partir de la edad media, evidenciándose que los resultados más elevados, en las cuatro escalas, los obtienen los/las alumnos/as por encima de la edad media (E1: 3.69, E2: 4.25, E3: 3.69 y E4: 4.32) en comparación a los/las más jóvenes (E1: 2.83, E2: 3.86, E3: 3.23 y E4: 4.25). Se puede observar que E1 y E3 presentan diferencias significativas entre las diferentes edades mientras que E2 y E4, no presentan dichas diferencias (tabla 35).

Finalmente, se puede deducir que los/las estudiantes por encima de la edad media presentan una mayor preparación asistencial y emocional para cuidar a pacientes terminales y no terminales en comparación con los/las que se encuentran por debajo de la edad media. Como se ha mencionado en las escalas anteriores, la diferencia entre

ambos grupos podría explicarse por la mayor experiencia de vida de los/las participantes con mayor edad (57).

10. CONCLUSIONES

La Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen y la Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins permiten deducir que, de forma general, los/las estudiantes de la URV no se sienten totalmente preparados/as para tratar a pacientes próximos a la muerte.

Además, E1, E2, E3 y E4 permiten observar que los/las estudiantes están peor preparados asistencial y emocionalmente para cuidar enfermos terminales en comparación con enfermos que no lo son. Asimismo, presentando una mejor preparación emocional respecto a la asistencial.

Con todo lo anterior, al igual que afirman diferentes estudios (5,7,11,56), puede deducirse que los/las alumnos/as no adquieren completamente la preparación esperada durante el grado de enfermería para afrontar el proceso de muerte en el ámbito asistencial. Se han encontrado diferentes estudios que respaldan la escasa preparación de los/las estudiantes durante el grado de enfermería.

La incompleta preparación para afrontar el proceso de morir reflejada por las escalas podría mejorarse incrementando la formación impartida por la universidad sobre esta materia. Es decir, las asignaturas que actualmente se dedican para abordar los CP y la tanatología parecen no ser suficientes para preparar de manera adecuada a los futuros profesionales. Este hecho coincide con varias investigaciones que destacan, también, la falta de formación respecto al proceso de morir y todo lo que conlleva (emociones, estrategias, conocimientos...) (2,6,7).

Actualmente, en la URV, tan sólo la asignatura obligatoria (antes optativa) “Cuidados paliativos”, aborda completamente el concepto de CP, el acompañamiento del paciente, la familia y el alivio de síntomas.

Por otro lado, las asignaturas de “*Relación terapéutica y comunicación en la enfermería*” y “*Enfermería en cuidados críticos*” dedican clases puntuales para tratar el proceso comunicativo en situaciones difíciles y reflexiones sobre la limitación del tratamiento del soporte vital, respectivamente. Por último, en asignaturas de “*Prácticas clínicas III, IV, V, VI*” tienen como objetivo adquirir competencias para educar y ayudar a miembros de

la comunidad ante la muerte, además de conocer los cuidados paliativos y el control del dolor en pacientes en proceso de muerte. Aun así, puede darse el caso de que determinados alumnos/as, en función del servicio donde realicen sus prácticas clínicas, no tengan contacto directo con pacientes terminales o pacientes en SUD.

A raíz de lo expuesto, podemos afirmar que los/las estudiantes de enfermería de la URV no obtienen totalmente los recursos necesarios para afrontar el proceso de muerte durante el grado de enfermería.

Los/las alumnos/as de cuarto curso presentan mejor afrontamiento y autoeficacia ante la muerte de un paciente que los/las alumnos/as de tercero. Además, también presentan mejor preparación asistencial y emocional para cuidar a enfermos terminales y no terminales, coincidiendo con los resultados obtenidos en el estudio de González (11). Este resultado, en relación con el modelo de principiante a experta de Patricia Benner, muestra que el/la enfermero/a principiante generará habilidades y competencias mediante la práctica clínica hasta adquirir la excelencia y el dominio en un ámbito específico, en este caso, el proceso de morir (10).

El hecho de que CTE presenta mejores puntuaciones en las diferentes escalas podría indicar que la forma de impartir las asignaturas por los docentes, los centros y unidades disponibles para realizar las prácticas clínicas en este campus (los cuales son diferentes de CC y SBP) influye en la preparación del alumnado para afrontar y gestionar el proceso de morir. De este modo, los/las estudiantes de CTE presentan un mejor afrontamiento y autoeficacia ante la muerte, además de tener una mejor preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales en comparación a los/las de CC y SBP.

Contrariamente a los resultados obtenidos en un estudio realizado por González Cervantes (11), las alumnas han adquirido mejores puntuaciones en todas las escalas excepto en E3. Este hecho según Edo-Gual et al. (2), puede reflejar una mayor facilidad en éstas para admitir y expresar sentimientos de preocupación, miedo o ansiedad ante la muerte.

Finalmente, coincidiendo con los resultados de otra investigación (2), se ha observado que las personas por encima de 23.5 años, en comparación a las personas por debajo de la edad media, presentan un mejor afrontamiento y autoeficacia ante la muerte y una mejor preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales. Este suceso podría explicarse por la mayor experiencia de vida de los/las

estudiantes de mayor edad, traduciéndose en un mayor número experiencias en pérdidas y situaciones vitales desagradables. Estas circunstancias pueden llegar a facilitar la adquisición de estrategias de afrontamiento ante la muerte, haciendo menos traumático el proceso de morir (2).

Consideramos importante que en un futuro se realicen nuevos estudios respecto el tema tratado, para poder conocer dónde se encuentran las carencias formativas en relación con los CP, el paciente terminal, la tanatología, la SUD... Para que, de esta forma, los/las estudiantes de enfermería adquieran los recursos y competencias necesarios para afrontar la primera y futuras experiencias relacionadas con el proceso de morir de un paciente, así como las técnicas necesarias para gestionar sus propias emociones y sentimientos. Este hecho disminuiría el estrés y la ansiedad de los/las futuros enfermeros/as, influyendo de forma positiva en el tipo de cuidados que se proporcione a los pacientes.

Las limitaciones encontradas durante el estudio han sido, entre ellas, el hecho de no disponer de un registro previo de los/las estudiantes que han presenciado el proceso de muerte de un paciente, y el no haber logrado obtener la muestra mínima necesaria para que el estudio sea representativo de la población (195 personas), consiguiendo una muestra total de 104 alumnos/as. Esto último se debió, probablemente, al calendario marcado por la facultad, donde se estipula una fecha concreta para la entrega de los diferentes apartados del trabajo.

11. RELEVANCIA CIENTÍFICA DEL PROYECTO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En primer lugar, debe tenerse en cuenta que gran parte de la muestra (91.35%) pertenece al sexo femenino, por lo que serían necesario futuros estudios que cuenten con una muestra más homogénea para equiparar los resultados de ambos sexos.

Asimismo, sería conveniente realizar un estudio que disponga de una muestra más extensa, con la finalidad de conocer si la edad, relacionándola con experiencias vividas, es un factor que condiciona el afrontamiento, la autoeficacia y los cuidados asistenciales y emocionales proporcionados a pacientes terminales y no terminales.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Souza Souza LP, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves RC, Oliveira e Silva CS, Silvana Barbosa C, et al. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería global* [Internet]. 2013 [consultado 17 oct 2020]; 12 (32): 222-228. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion4.pdf>
2. Edo Gual M, Tomás Sábado J, Aradilla Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2011 [consultado 17 oct 2020]; 21 (3): 129-135. Disponible en: [https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1130862111000556](https://www.sciencedirect.com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1130862111000556)
3. Pacheco Sánchez, N. Estimación del nivel de ansiedad ante la muerte en los enfermeros de Cuidados intensivos. *Enfermería de trabajo* [Internet]. 2015 [consultado 12 nov 2020]; 5 (1): 5-13. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=5213015>
4. Cabañero Martínez MJ, Nolasco A, Melchor I, Fernández Alcántara M, Cabrero García J. Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2020 [consultado 12 nov 2020]; 43 1): 69-80. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/76751>
5. Edo Gual M. Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya [tesis en Internet]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2015 [consultado 12 nov 2020]. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=79943>
6. Orozco González MA, Tello Sánchez GO, Sierra Aguillón R, Gallegos Torres RM, Xequé Morales ÁS, Reyes Rocha BL, et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2013 [consultado 17 oct 2020]; 10 (1): 8-13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-experiencias-conocimientos-estudiantes-enfermeria-ante-S1665706313726228>
7. Molina Banqueri R. Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes del Grado en Enfermería [tesis en Internet]. Jaén: Universidad de Jaén, 2017 [consultado 17 oct 2020]. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es.sabidi.urv.cat/jspui/bitstream/10953/916/3/9788491591375.pdf>
8. Hanzelíková Pogranyivá A, García López MV, Conty Serrano R, Davila Sánchez BL, Barriga Martín JM, Martín Conty JL. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte [Internet]. 2014 [consultado 8 nov 2020]; 13 (1): 133-

156. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=4532915>
9. World Health Organization [Internet]. EEUU: World Health Organization; 2020. Cuidados paliativos; [actualización 2020; consultado 12 nov 2020]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
 10. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enf Glob [Internet]. 2013 [consultado 7 dic 2020]; 12 (4): 346-361. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4411015>
 11. González Cervantes S. Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería [tesis en Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015 [consultado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=100555>
 12. Sepúlveda Sánchez JM. Muerte digna y realidad asistencial en el entorno hospitalario [tesis en Internet]. Málaga: Universidad de Málaga; 2014 [consultado 2 ene 2021]. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=53000>
 13. Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. NURE Investig.: Rev. Científica de enfermería [Internet]. 2016 [consultado 2 ene 2021]; 13 (82): 1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277911>
 14. Shimizu HE. How nursing workers deal with the dying process. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2007 [consultado 11 ene 2021]; 60 (3): 257-62. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/17684900/>
 15. Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿Puede ser confortable? Med. Clin. [Internet]. 2001 [consultado 11 ene 2021]; 116 (5): 186-90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775301717654>
 16. Tejada Musté R. Diferencias de género en el rito funerario del velatorio. Metas de Enfermería [Internet]. 2019 [consultado 21 ene 2021]; 22 (9): 28-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114648>
 17. Gordon M. Rituals in Death and Dying: Modern Medical Technologies Enter the Fray. Rambam Maimonides Med J [Internet]. 2015 [consultado 25 ene 2021]; 6 (1): e0007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25717389/>
 18. Briones Arteaga EM, Zambrano Quinde OR. Physiotherapeutic work and the stages of grief: An interdisciplinary approach. Dominio de las ciencias [Internet]. 2019

- [consultado 13 ene 2021]; 5 (2): 44–55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6989274>
19. De Roo ML, Miccinesi G, Onwuteaka Philipsen BD, Van Den Noortgate N, Van den Block L, Bonacchi A, et al. Actual and Preferred Place of Death of Home-Dwelling Patients in Four European Countries: Making Sense of Quality Indicators. PLOS One [Internet]. 2014 [consultado 13 ene 2021]; 9 (4): e93762. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093762>
 20. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Capucha K, Morphet J, et al. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. Open Nurs J [Internet]. 2013 [consultado 11 ene 2021]; 7:14–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23400515/>
 21. Lacasta Reverte MA, Torrijos Zarcero M, López-Pérez Y, Carracedo Sanchidrián D, Pérez Manrique T, Casado Sanmartín C, et al. Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. Med. Paliat. [Internet]. 2020 [consultado 30 ene 2021]; 27 (3): 201–208. Disponible en: www.medicinapaliativa.es
 22. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Informe nº 68. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2021 [consultado 10 ene 2021]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
 23. Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) [Internet]. Barcelona: Generalitat de Cataluña; 2014-2019. Estadística de defunciones. Per lloc de la mort i sexe. Camp de Tarragona; [actualización 2021; consultado 11 ene 2021]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=def&n=13285&t=200600&geo=at:AT03&lang=es>
 24. Benítez Del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. Aten. Primaria [Internet]. 2002 [consultado 29 ene 2021]; 29 (1): 50–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fundamentos-objetivos-cuidados-paliativos-13025587>
 25. Fernández Fraga MI. Relación enfermera paciente-familia en cuidados paliativos [tesi en internet]. Coruña: Universitat de Coruña; 2017 [consultado 29 ene 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=119617>
 26. Cid VE. Palliative care: accompanying persons at the end of life. Cuad. Biot. [Internet]. 2012 [consultado 29 ene 2021]; 23 (77): 169-176. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22548665/>

27. Zulueta Egea M, Prieto Ursúa M, Bermejo Toro L. La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. Revista de Enfermería y Humanidades [Internet]. 2018 [consultado 16 ene 2021]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.18>
28. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad española de Cuidados Paliativos; 2014 [consultado 13 ene 2021]. 52 p. Disponible en: www.secpal.com
29. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. EEUU: World Health Organization; 2014. Cáncer: Cuidados paliativos; [actualización 2020; consultado 13 ene 2020]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
30. Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes M^aC, Molero Jurado M^aM, Barragán Martín AB, Martos Martínez A, Cardila Fernández F. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor [Internet]. 1era ed. Madrid: ASUNIVEP; 2015 [consultado 30 ene 2021]. 610 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=656643>
31. Rocafort Gil J, Altisent Trota J. El aprendizaje de la compasión en cuidados paliativos [tesis en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2019 [consultado 16 ene 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/79652/files/TESIS-2019-129.pdf>
32. Caunedo Suárez J. Los cuidados de enfermería al paciente terminal en su domicilio. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2016 [consultado 19 ene 2021]; 4 (4): 18–32. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=5769064>
33. Benito González U. Eutanasia y sedación paliativa en pacientes terminales [Internet]. Alicante: Área de innovación y desarrollo, S.L.; 2017 [consultado 30 ene 2021]. 36 p. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=705858>
34. Jorge Samitier P, Kolly Lerín E. Cuidados paliativos enfermeros. Integrar persona, familia y profesional. Rev Paraninfo digital [Internet]. 2007 [consultado 7 feb 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat//para/n2/177.php>
35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001 [consultado 30 ene 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf>
36. Pascual AM, Santamaría JL. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet]. 2009 [consultado 16 ene 2021]; 44 (S2): 48-54.

- Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X09002212>
37. Oates JR, Maani Fogelman PA. Nursing Grief and Loss [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2019 [consultado 16 ene 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30085531>
 38. Tyrrell P, Harberger S, Siddiqui W. Satges of Dying [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 [consultado 16 ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939662/>
 39. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enferm Glob*. [Internet]. 2009 [consultado 16 ene 2021]; 8 (15):1–9. Disponible en: <http://hdl.handle.net/sabidi.urv.cat/10201/24345>
 40. Barreto Martín MP, Yi Yi Patricia, Soler C. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*. [Internet]. 2008 [consultado 16 ene 2021]; 5 (2-3): 383-400. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=2873924>
 41. Bassah N, Seymour J, Cox K. A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2014 [consultado 11 ene 2021]; 13 (56): 1-10. Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-56#citeas>
 42. CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Madrid: CODEM; 2001 [actualizado 2021; consultado 11 ene 2021]. Disponible en: <https://www.codem.es/inicio>
 43. Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, et al. Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey [Internet]. *Indian Journal of Palliative Care* [Internet]. 2012 [consultado 11 ene 2021]. 18 (2): 122-127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23093828/>
 44. Khader KA, Jarrah SS, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *Int J Nurs Midwifery* [Internet]. 2010 [consultado 11 ene 2021]; 2 (1): 1-9. Disponible en: <https://academicjournals.org/journal/IJNM/article-full-text-pdf/D85894C767>
 45. Soares Mota M, Calgagno Gomes G, Farias Coelho M, Lunardi Filho WD, Dutra de Sousa L. [Reactions and feelings of nursing professionals facing their patients' death] *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2011 [consultado 11 ene 2021]; 32 (1): 129-135. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21888213/>
 46. Marrero González CM, García Hernández AM. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Rev Enfermería* [Internet]. 2019 [consultado 11 ene 2021]; 13

- (2): 1-13. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=7028465>
47. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [consultado 18 ene 2021]; 27:e39–e49. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>
 48. Fernández Fernández JA, García Martínez L, García García-Bueno ML, Fernández Grande AI, Lozano González T, Rubio Prieto A. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. Tiempos enfermería y salud [Internet]. 2017 [consultado 11 ene 2021]; (2):27–33. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=6319007>
 49. Ministerio de sanidad, política e igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. 1ª ed. Madrid: Centro de publicaciones; 2010. [consultado 11 ene 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
 50. Van der Wath AE, Du Toit PH. Learning end-of-life care within a constructivist model: Undergraduate nursing students' experiences. Curationis [Internet]. 2015 [consultado 11 ene 2021]; 38 (2): 1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26842079/>
 51. Ho Chan WC, Fong Tin A. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. Death Stud [Internet]. 2012 [consultado 11 ene 2021]; 36 (10): 899-913. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24563946/>
 52. Busca la oferta formativa del curso 2020-2021. Canal Universitats [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [actualización 2021; consultado 28 ene 2020]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://universitats.gencat.cat/es/cercador/index.html?tipusOferta=grau&filter_txt=enfer*&accion=cercar&addForm_branca_2=Ciencias+de+la+Salud&branca=%28%22Ciencias+de+la+Salud%22%29&pageb27d1f5b-c81d-11e6-846b-005056924a59=1&googleoff=1
 53. Guia docent 2020_21. Facultat d'Infermeria [Internet]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2020 [consultado 7 feb 2021]. Disponible en: https://moodle.urv.cat/docnet/guia_docent/index.php?centre=18&ensenyament=1823&consulta=signatures&any_academic=2020_21
 54. Escobar Castellanos B, Jara Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación.

- [Internet]. 2019 [consultado 11 ene 2021]; 28(54): 182-202. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7092891>
55. Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enferm Intensiva*. [Internet]. 2011 [consultado 11 ene 2021]; 22(3): 112-116. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=3720452>
56. Colell Brunet R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. [tesis en Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma Barcelona; 2005 [consultado 11 ene 2021]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/4753>
57. Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, Christoua M, Sgouroua S, Patiraki E. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Edu Today*. [Internet]. 2019 [consultado 02 abr 2021]; 74(2019): 7-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0260691718310827?via%3Dihub>

ANEXOS

Anexo 1: Relación terapéutica y comunicación en la enfermería: Competencias

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	RELACIÓ TERAPÈUTICA I COMUNICACIÓ EN LA INFERMERIA			Codi	18254006
Ensenyament	Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	6	Formació bàsica	Segon	1Q	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tipus A	Codi	Competències Específiques			
	A8.1	Identificar les respostes psicosocials de les persones davant les diferents situacions de salut (en particular, la malaltia i el sofriment), seleccionant les accions adequades per proporcionar ajuda en les mateixes.			
	A8.2	Establir una relació empàtica i respectuosa amb el pacient i família, d'acord amb la situació de la persona, problema de salut i etapa de desenvolupament.			
	A8.3	Utilitzar estratègies i habilitats que permetin una comunicació efectiva amb pacients, famílies i grups socials, així com l'expressió de les seves preocupacions i interessos.			
Tipus B	Codi	Competències Transversals			
Tipus C	Codi	Competències Nuclears			

Anexo 2: Relación terapéutica y comunicación en la enfermería: Contenido de la asignatura

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	RELACIÓ TERAPÈUTICA I COMUNICACIÓ EN LA INFERMERIA			Codi	18254006
Ensenyament	Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	6	Formació bàsica	Segon	1Q	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tema		Subtema			
Unitat 1: Comunicació intrapersonal i dinàmica grupal		• Relació intrapersonal: Autoconeixement: autocura, autoestima, autoconcepte, valors i creences, Anàlisi transaccional • Procés comunicatiu: comunicació • Estils comunicatius • La infermera com a persona i com a membre del equip			
Unitat temàtica II: Comunicació i relació terapèutica		Relació Terapèutica: Empatia, Escolta activa, Observació, Fases de la relació terapèutic • Expectatives i temors del professional • Expectatives i temors dels pacients • L'entrevista • La comunicació en el sistema familiar • Comunicació intercultural • Procés comunicatiu en situacions difícils • Registres d'infermeria			
Unitat temàtica III: Tècniques d'assessorament i negociació		• Tècniques per desenvolupar els recursos personals: Tècnica de resolució de problemes, Reestructuració cognitiva, assertivitat • Tècniques de negociació • Tècniques per augmentar el benestar psicològic • Habilitats per parlar en públic			

Anexo 3: Relación terapéutica y comunicación en la enfermería: Resultados de aprendizaje

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	RELACIÓ TERAPÈUTICA I COMUNICACIÓ EN LA INFERMERIA			Codi	18254006
Ensenyament	Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	6	Formació bàsica	Segon	1Q	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tipus A	Codi	Resultats d'aprenentatge			
		Analitzar els processos cognitius i la seva relació amb les emocions			
	A8.1	Identificar els conceptes bàsics de la intel·ligència. Intel·ligència emocional i aplicar-los per regular les emocions			
	A8.2	Desenvolupar les habilitats bàsiques per establir la relació terapèutica Explicar els elements bàsics de l'entrevista clínica			
Tipus B		Desenvolupar habilitats comunicatives que afavoreixin la relació terapèutica			
	A8.3	Adquirir habilitats per a establir converses, parlar en públic i interactuar en diferents escenaris socials			
Tipus B	Codi	Resultats d'aprenentatge			
Tipus C	Codi	Resultats d'aprenentatge			

Anexo 4: Enfermeria en cuidados críticos: Competencias

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	INFERMERIA EN CUIDATGES CRÍTICS			Codi	18234116
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	6	Obligatòria	Tercer	AN	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tipus A	Codi	Competències Específiques			
	A5.3	Identificar els problemes nutricionals de major prevalença i seleccionar les recomanacions dietètiques adequades.			
	A7	Conèixer els processos fisiopatològics i les seves manifestacions i els factors de risc que determinen els estats de salut i malaltia en les diferents etapes del cicle vital.			
	A9	Reconèixer les situacions de risc vital i saber executar maniobres de suport vital bàsic i avançat.			
	A14	Conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals d'infermeria.			
Tipus B	Codi	Competències Transversals			
	CT2	Gestionar la informació i el coneixement mitjançant l'ús eficient de les TIC.			
	CT7	Aplicar els principis ètics i de responsabilitat social com a ciutadà i com a professional.			
Tipus C	Codi	Competències Nuclears			

Anexo 5: Enfermeria en cuidados críticos: Contenido de la asignatura

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	INFERMERIA EN CUIDATGES CRÍTICS			Codi	18234116
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	6	Obligatòria	Tercer	AN	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tema		Subtema			
Unitat temàtica I: Factors de risc associats a les situacions crítiques i la seva prevalença en les diferents etapes del cicle vital.		Problemes de salut que comporten situacions de risc vital i / o necessitats de cures crítiques. Situacions i reflexions sobre la limitació del tractament del suport vital. Maneig farmacològic. Unitats de cures crítiques i emergències: entorns terapèutics i tecnològics. Confort i humanització.			
Unitat temàtica II: L'adult en situacions crítiques i entorns de cures.		Processos, malalties i i risc vital en l'adult. Prevenció, valoració i tractament. Situacions d'urgència i emergència: Shock, fallada multiorgànica, pacient politraumatitzat, traumatisme cranioencefàlic greu, gran cremat, activació de codis d'emergència, lesió medul·lar aguda. Control de la infecció. Control de símptomes i monitorització. El pacient amb suport de ventilació. Comunicació i afrontament de l'estrès pacient, família i professional.			
Unitat temàtica III: El nen en situacions crítiques i entorns de cures.		Processos de malaltia i risc vital en el prematur i el nen. Situacions d'urgència i emergència. L'escenari de cures intensives pediàtriques. El dolor en el nen. Família i hospitalització en unitats de cures intensives pediàtriques. Mesures terapèutiques. Els efectes de la malaltia			
Unitat temàtica IV: La vida i la cura després del procés crític.		Lesions i discapacitats. Maneig de símptomes. Vivència, adaptació i canvi. Adquisició de noves habilitats, reestructuració de rols. Vida laboral i social.			

Anexo 6: Enfermería en cuidados críticos: Resultados de aprendizaje

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	INFERMERIA EN CUIDATGES CRÍTICS			Codi	18234116
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	6	Obligatòria	Tercer	AN	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tipus A	Codi	Resultats d'aprenentatge			
		Conèixer pautes nutricionals associades al problema de salut i recuperació al llarg del cicle vital			
	A5.3	Conèixer formes de cures que prevenen complicacions i afavoreixen la curació			
		Conèixer maneres de donar suport a la recuperació i la salut en els processos d'adaptació, canvi i adquisició de noves habilitats superada la situació crítica			
		Reconèixer les situacions que comporten risc vital			
	A7	Conèixer la fisiopatologia dels problemes de salut associats a situacions crítiques al llarg del cicle vital			
		Reconèixer factors de risc associats a complicacions derivades de la situació crítica al llarg del cicle vital			
		Reflexionar des de casos pràctics sobre l'ètica del tenir cura en situacions de risc de mort o de mort imminent			
	A9	Reconèixer les situacions que comporten risc vital			
		Reconèixer factors de risc associats a complicacions derivades de la situació crítica al llarg del cicle vital			
		Prendre consciència de la necessitat d'humanització d'entorns tecnològics des de la perspectiva de la persona, gènere i la diversitat multicultural			
	A14	Explorar l'estrès i l'afrontament en escenaris i situacions crítiques de salut.			
		Reconèixer les situacions que comporten risc vital			
		Conèixer formes de cures que prevenen complicacions i afavoreixen la curació			
Tipus B	Codi	Resultats d'aprenentatge			
	CT2	Gestionar la informació i el coneixement mitjançant l'ús eficient de les TIC.			
	CT7	Aplicar els principis ètics i de responsabilitat social com a ciutadà i com a professional.			
Tipus C	Codi	Resultats d'aprenentatge			

Anexo 7: Cuidados paliativos: Competències

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	CURES PAL·LIATIVES			Codi	18234113
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	3	Obligatòria	Tercer	2Q	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tipus A	Codi	Competències Específiques			
	A14	Conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals d'infermeria.			
	A23.2	Prestar cures, garantint el dret a la dignitat, privacitat, intimitat, confidencialitat i capacitat de decisió del pacient i família. Individualitzar la cura considerant l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i valors.			
	A25	Conèixer les cures pal·liatives i control del dolor per a prestar cures que alleugen la situació dels malalts avançats i terminals.			
Tipus B	Codi	Competències Transversals			
Tipus C	Codi	Competències Nuclears			

Anexo 8: Cuidados paliativos: Contenido de la asignatura

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	CURES PAL·LIATIVES			Codi	18234113
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	3	Obligatòria	Tercer	2Q	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tema	Subtema				
TEMA 1 Introducció a les cures paliatives	- El malalt terminal i la seva família S'estudia l'evolució històrica de l'atenció a les persones al final de la vida i la creació de les Unitats de Cures pal·liatives. Organització i serveis d'atenció a les persones al final de la vida. Evolució del concepte d'atenció pal·liativa. - El malalt en procés final de vida i la seva família				
TEMA 2 Els símptomes en el malalt en procés de final de vida. Sedació pal·liativa.	S'estudien els símptomes més freqüents al final de la vida: dolor, símptomes digestius, respiratoris i neurològics. Principis generals del control de símptomes: avaluació d'ells; tractaments farmacològics i no farmacològics més habituals per al control d'aquests símptomes. Sedació pal·liativa i sedació en l'agonia. Bombes de sedació.				
TEMA 3 L'acompanyament al final de la vida. Cures específiques d'infermeria	Es treballa el significat d'acompanyar a la persona i la seva família en el procés final de la Vida. S'analitza i reflexiona sobre les emocions i sentiments davant de la pèrdua i la mort, tant de les persones que tenen cura, com de les persones cuidades. El procés de dol en malalt i família. Es treballa la confiança entre persona-família-equip d'atenció, així com la comunicació entre ells i s'aborda la conspiració del silenci. Procés de dol en el pacient i família.				
TEMA 4: Cures específiques d'infermeria al pacient i família al Final de la Vida	S'aprofundeix en les cures de confort físic i emocional a la persona i família que es troben en aquest procés. Signes de l'agonia. Cures en l'agonia i cures post-mortem. Cures a la família en els moments post-mortem.				
TEMA 5 Aspectes ètics de la atenció al final de la vida.	Els dilemes ètics en la presa de decisions. Testament vital i Últimes Voluntats Anticipades. Aprofundiment en els conceptes i diferències entre: Eutanàsia, Suïcidi, Suïcidi Assistit, Limitació Esforç Terapèutic, Sedació Pal·liativa, etc.				

Anexo 9: Cuidados paliativos: Resultados de aprendizaje

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	CURES PAL·LIATIVES				Codi	18234113
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	3	Obligatòria	Tercer	2Q		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tipus A	Codi	Resultats d'aprenentatge				
A14	Conèixer i aplicar les cures d'infermeria per proporcionar i garantir benestar, qualitat i seguretat a l'individu i la família					
A23.2	Identificar les pèrdues que es produeixen per la malaltia al llarg del cicle vital i la seva repercussió en tots els components de la família Donar la informació adequada a la situació, respectant les decisions del pacient i la família					
A25	Conèixer i aplicar les cures d'infermeria per proporcionar i garantir benestar, qualitat i seguretat a l'individu i la família					
Tipus B	Codi	Resultats d'aprenentatge				
Tipus C	Codi	Resultats d'aprenentatge				

Anexo 10: Prácticas clínicas III: Competències

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques III				Codi	18234120
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	17	Obligatòria	Quart	AN		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tipus A	Codi	Competències Específiques				
	A4	Utilització dels medicaments, avaluant els beneficis esperats i els riscos associats i / o efectes derivats de la seva administració i consum.				
	A5.3	Identificar els problemes nutricionals de major prevalença i seleccionar les recomanacions dietètiques adequades.				
	A6	Aplicar les tecnologies i sistemes d'informació i comunicació de les cures de salut.				
	A8.1	Identificar les respostes psicosocials de les persones davant les diferents situacions de salut (en particular, la malaltia i el sofriment), seleccionant les accions adequades per proporcionar ajuda en les mateixes.				
	A8.3	Utilitzar estratègies i habilitats que permetin una comunicació efectiva amb pacients, famílies i grups socials, així com l'expressió de les seves preocupacions i interessos.				
	A12	Comprendre des d'una perspectiva ontològica i epistemològica, l'evolució dels conceptes centrals que configuren la disciplina d'infermeria, així com els models teòrics més rellevants, aplicant la metodologia científica en el procés de cuidar i desenvolupant els plans de cures corresponents.				
	A13	Aplicar el procés d'infermeria per proporcionar i garantir el benestar la qualitat i seguretat a les persones ateses.				
	A16.1	Capacitat per descriure els fonaments del nivell primari de salut i les activitats a desenvolupar per proporcionar una cura integral d'infermeria a l'individu, la família i la comunitat.				
	A16.2	Comprendre la funció i activitats i actitud cooperativa que el professional ha de desenvolupar en un equip d'Atenció Primària de Salut.				
	A16.3	Promoure la participació de les persones, família i grups en el seu procés de salut-malaltia.				
	A16.4	Identificar els factors relacionats amb la salut i els problemes de l'entorn, per atendre les persones en situacions de salut i malaltia com integrants d'una comunitat.				

A16.5	Identificar i analitzar la influència de factors interns i externs en el nivell de salut d'individus i grups.
A16.6	Aplicar els mètodes i procediments necessaris en el seu àmbit per identificar els problemes de salut més rellevants en una comunitat.
A16.7	Analitzar les dades estadístiques referides a estudis poblacionals, identificant les possibles causes de problemes de salut.
A16.8	Educar, facilitar i donar suport a la salut i el benestar dels membres de la comunitat, les vides dels quals estan afectades per problemes de salut, risc, sofriment, malaltia, incapacitat o mort.
A17.3	Analitzar les dades recollides en la valoració, prioritzar els problemes del pacient adult, establir i executar el pla de cures i realitzar la seva avaluació.
A17.4	Realitzar les tècniques i procediments de cures d'infermeria, establint una relació terapèutica amb els malalts i familiars.
A18.1	Identificar les característiques de les dones en les diferents etapes del cicle reproductiu i en el climateri i en les alteracions que es poden presentar proporcionant les cures necessàries en cada etapa.
A18.2	Aplicar cures generals durant el procés de maternitat per facilitar l'adaptació de les dones i els nounats a les noves demandes i prevenir complicacions.
A19.1	Conèixer els aspectes específics de les cures del nounat.
A19.2	Identificar les característiques de les diferents etapes de la infància i adolescència i els factors que condicionen el patró normal de creixement i desenvolupament.
A19.3	Conèixer els problemes de salut més freqüents en la infància i identificar les seves manifestacions.
A19.4	Analitzar les dades de valoració del nen, identificant els problemes d'infermeria i les complicacions que poden presentar-se.
A19.5	Aplicar les tècniques que integren la cura d'infermeria, establint una relació terapèutica amb els nens i els seus cuidadors.
A19.7	Ser capaç de proporcionar educació per a la salut als pares o cuidadors primaris.

Tipus B**Codi Competències Transversals****Tipus C****Codi Competències Nuclears**

Anexo 11: Prácticas clínicas III: Contenido de la asignatura

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques III			Codi	18234120
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	17	Obligatòria	Quart	AN	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tema		Subtema			
EIX 1: Desenvolupament personal, relacional, ètic social i cultural	-El compromís en l'aprenentatge, la socialització i la capacitat per treballar en equip de manera tolerant. -Responsabilitat, Aserivitat, Solidaritat i actitud cooperativa en el grup d'iguals. - La sensibilitat envers un mateix i cap a altres: Presència, empatia, acceptació, congruència, proximitat, escolta, compromís ètic				
EIX 2: Desenvolupament d'un coneixement científic i del pensament crític	-Es treballa la capacitat de concebre, d'inferir, l'anàlisi, la síntesis, la autoconsciència i el coneixement en relació a les experiències de salut i malaltia. - Desenvolupa la comprensió de fenòmens, la creativitat i la inquietut per la pràctica reflexiva. -Cerca d'evidències científiques que donin suport a les situacions de salut- malaltia de les persones ateses i el tractaments. -Transmetre informació, protecció de la intimitat, autonomia, els drets, creences... --Desenvolupament del compromís ètic, sensibilitat, escolta i empatia. -Quines són les polítiques i procediments que el centre estableix per protegir la informació necessària per a la continuïtat de les cures. --Realitza valoracions seguin guies de practica clínica. -Es treballa sobre els fàrmacs de uso freqüent en qualsevol lloc de les pràctiques, les propietats farmacocinètiques, terapèutiques i d'administració				
Eix 3: Desenvolupament d'un cuidar integral a l'ésser humà	Es treballa la capacitat de conèixer el pacient com a persona. La capacitat de identificar en les intervencions i orientacions de la infermera els principis de cura humana. La comprensió del holisme en la situació particular del pacient i família. La família com part involucrada i activa en el procés de salut-malaltia. Habilitats per garantir entorns de seguretat i confort. Identifiquen alteracions que poden comprometre la salut i saben actuar en conseqüència. Ajuden a la persona a identificar les seves capacitats i potencials que li permeten millorar el seu estat de salut o adaptar-se a la nova situació. Respecte per les persones: intimitat, dignitat, autonomia, els drets, creences i desitjos de la persona. Habilitats per garantir entorns de seguretat i confort. Aplicació de normes d'higiene i asèpsia; Identificar els processos i procediments associats amb el risc d'infecció i implementació d'estratègies per reduir el risc.				

Anexo 12: Prácticas clínicas IV: Competències

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques IV				Codi	18234121
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	17	Obligatòria	Quart	AN		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tipus A	Codi	Competències Específiques				
	A4	Utilització dels medicaments, avaluant els beneficis esperats i els riscos associats i / o efectes derivats de la seva administració i consum.				
	A7	Conèixer els processos fisiopatològics i les seves manifestacions i els factors de risc que determinen els estats de salut i malaltia en les diferents etapes del cicle vital.				
	A8.3	Utilitzar estratègies i habilitats que permetin una comunicació efectiva amb pacients, famílies i grups socials, així com l'expressió de les seves preocupacions i interessos.				
	A9	Reconèixer les situacions de risc vital i saber executar maniobres de suport vital bàsic i avançat.				
	A15	Dirigir, avaluar i prestar les cures integrals d'infermeria, a l'individu, la família i la comunitat.				
	A17.4	Realitzar les tècniques i procediments de cures d'infermeria, establint una relació terapèutica amb els malalts i familiars.				
	A17.6	Tenir una actitud cooperativa amb els diferents membres de l'equip.				
	A22.2	Identificar les característiques de la funció directiva dels serveis d'infermeria i la gestió de cures.				
	A23.2	Prestar cures, garantint el dret a la dignitat, privacitat, intimitat, confidencialitat i capacitat de decisió del pacient i família. Individualitzar la cura considerant l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i valors.				
A25	Conèixer les cures pal·liatives i control del dolor per a prestar cures que alleugen la situació dels malalts avançats i terminals.					
Tipus B	Codi	Competències Transversals				
	CT3	Resoldre problemes de forma crítica, creativa i innovadora en el seu àmbit d'estudi.				
	CT4	Treballar de forma autònoma i en equip amb responsabilitat i iniciativa.				
	CT6	Identificar el procés d'aprenentatge i la orientació acadèmica i professional.				
	CT7	Aplicar els principis ètics i de responsabilitat social com a ciutadà i com a professional.				
Tipus C	Codi	Competències Nuclears				

Anexo 13: Prácticas clínicas IV: Contenido de la asignatura

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques IV			Codi	18234121
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)			Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	
	17	Obligatòria	Quart	AN	
Competències		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Planificació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació		Recomanacions	
Tema		Subtema			
Eix 1: Desenvolupament personal, relacional, ètic, social i cultural.		Desenvolupar l'habilitat d'implicació. Prendre consciència de com l'alumne s'involucra davant les diferents situacions de salut i quines emocions li generen. Participació activa com a membre d'un equip Respecte per la diversitat en presència, comprensió, acceptació, escolta i compromís ètic.			
Eix 2: Desenvolupament d'un coneixement científic i del pensament crític.		Relacionar els aspectes teòrics i clínics específics i situacions de cuidatges treballats els cursos anteriors, relacionats directament amb les patologies i pacients que es troben durant les seves pràctiques hospitalàries. Fer-se preguntes, donar respostes raonades i prendre decisions adequades a les situacions de salut-malaltia complexes.			
Eix 3: Desenvolupament d'un cuidar integral a l'ésser humà		Conèixer i comprendre la situació particular del pacient i família des d'una besant holística. Incorporar en els cuidatges els coneixement de la persona, el seu entorn i la situació de salut. Assolir habilitats per garantir entorns de seguretat i confort: prevenció de lesions, administració segura de fàrmacs i prevenció d'infeccions. Actuar per generar confiança a l'entorn. Reflexionar davant les normes i rutines establertes a les diferents unitats en relació a les diferents circumstàncies de cada malalt i les severes famílies.			

Anexo 14: Prácticas clínicas IV: Resultados de aprendizaje

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques IV				Codi	18234121
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	17	Obligatòria	Quart	AN		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tipus A	Codi	Resultats d'aprenentatge				
	A4	Demostrar coneixement sobre les indicacions i efectes dels medicaments i productes sanitaris vinculats a les cures d'infermeria.				
	A7	Realitzar cures d'infermeria garantint la màxima seguretat per a les persones que els reben, per a ells mateixos i a nivell mediambiental				
	A8.3	Desenvolupar actituds i habilitats de comunicació necessàries per establir una relació terapèutica efectiva i de qualitat				
	A9	Aplicar les tècniques apreses en els contextos concrets, demostrant responsabilitat en l'execució de procediments de diversa complexitat				
	A15	Conèixer i utilitzar els plans de cures i els diferents sistemes de registre Identificar la necessitat de la gestió de qualitat en les cures d'infermeria				
	A17.4	Aplicar les tècniques apreses en els contextos concrets, demostrant responsabilitat en l'execució de procediments de diversa complexitat Realitzar valoracions integrals i seguiment de les persones en els diferents contextos d'atenció detectant signes i símptomes que indiquen alteració de la salut				
	A17.6	Reconèixer les pròpies actituds, la seva influència en el procés de cures, valorant les conseqüències de les seves decisions i l'aprenentatge realitzat Desenvolupar la capacitat de liderar la planificació de cures i treball en equip				
	A22.2	Identificar la necessitat de la gestió de qualitat en les cures d'infermeria Desenvolupar la capacitat de liderar la planificació de cures i treball en equip				
	A23.2	Conèixer i aplicar el codi deontològic i els principis ètics-legals de la infermeria				
	A25	Demostrar coneixement sobre les indicacions i efectes dels medicaments i productes sanitaris vinculats a les cures d'infermeria Aplicar les tècniques apreses en els contextos concrets, demostrant responsabilitat en l'execució de procediments de diversa complexitat				
Tipus B	Codi	Resultats d'aprenentatge				
	CT3	Resoldre problemes de forma crítica, creativa i innovadora en el seu àmbit d'estudi.				
	CT4	Treballar de forma autònoma i en equip amb responsabilitat i iniciativa.				
	CT6	Identificar el procés d'aprenentatge i la orientació acadèmica i professional.				
	CT7	Aplicar els principis ètics i de responsabilitat social com a ciutadà i com a professional.				
Tipus C	Codi	Resultats d'aprenentatge				

Anexo 15: Pràctiques clíniques V: Competències

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques V				Codi	18234122
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	8.5	Obligatòria	Quart	AN		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tipus A	Codi	Competències Específiques				
	A4	Utilització dels medicaments, avaluant els beneficis esperats i els riscos associats i / o efectes derivats de la seva administració i consum.				
	A5.3	Identificar els problemes nutricionals de major prevalença i seleccionar les recomanacions dietètiques adequades.				
	A8.1	Identificar les respostes psicosocials de les persones davant les diferents situacions de salut (en particular, la malaltia i el sofriment), seleccionant les accions adequades per proporcionar ajuda en les mateixes.				
	A8.2	Establir una relació empàtica i respectuosa amb el pacient i família, d'acord amb la situació de la persona, problema de salut i etapa de desenvolupament.				
	A8.3	Utilitzar estratègies i habilitats que permetin una comunicació efectiva amb pacients, famílies i grups socials, així com l'expressió de les seves preocupacions i interessos.				
	A13	Aplicar el procés d'infermeria per proporcionar i garantir el benestar la qualitat i seguretat a les persones ateses.				
	A15	Dirigir, avaluar i prestar les cures integrals d'infermeria, a l'individu, la família i la comunitat.				
	A20	Comprendre els canvis associats al procés d'envellir i la seva repercussió en la salut. Identificar les modificacions estructurals, funcionals, psicològiques i de formes de vida associades al procés d'envellir.				
	A21	Conèixer els problemes de salut més freqüents en les persones grans. Seleccionar les intervencions cuidadores dirigides a tractar o a prevenir els problemes de salut i la seva adaptació a la vida diària mitjançant recursos de proximitat i suport a la persona gran.				
	A23.2	Prestar cures, garantint el dret a la dignitat, privacitat, intimitat, confidencialitat i capacitat de decisió del pacient i família. Individualitzar la cura considerant l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i valors.				
	A25	Conèixer les cures pal·liatives i control del dolor per a prestar cures que alleugen la situació dels malalts avançats i terminals.				
Tipus B	Codi	Competències Transversals				
	CT3	Resoldre problemes de forma crítica, creativa i innovadora en el seu àmbit d'estudi.				
	CT4	Treballar de forma autònoma i en equip amb responsabilitat i iniciativa.				
	CT7	Aplicar els principis ètics i de responsabilitat social com a ciutadà i com a professional.				

Anexo 16: Prácticas clínicas V: Contenido de la asignatura

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques V				Codi	18234122
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	8,5	Obligatòria	Quart	AN		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tema		Subtema				
EIX 1: Desenvolupament personal, relacional, ètic social i cultural		Desenvolupar la capacitat per assolir rols i compromís en l'aprenentatge, la socialització i la capacitat per treballar en equip de manera tolerant. Responsabilitat, Asertivitat, Solidaritat i actitud cooperativa en el grup d'iguals. La sensibilitat envers un mateix i cap a altres: Presència, empatia, acceptació, congruència, proximitat, escolta, compromís ètic Fomentar el respecte a les persones, les institucions i les seves polítiques i normes de funcionament en els centres d'atenció geriàtrica.				
		Anàlisi reflexiu de quin es el rol de la infermera en l'àmbit de l'atenció geriàtrica. Transmetre informació, protecció de la intimitat, autonomia, els drets, cultura, creences i valors... Desenvolupament del compromís ètic, sensibilitat, escolta i empatia. Quines són les polítiques i procediments que el centre estableix per protegir a les persones per a la continuïtat dels cuidatges. Els programes d'atenció a la persona gran. Es treballa sobre els fàrmacs d'ús freqüent en l'atenció a la persona gran, les propietats farmacocinètiques, terapèutiques i d'administració. La valoració geriàtrica integral: les escales de valoració L'atenció centrada a la persona.				
EIX 2: Desenvolupament d'un coneixement científic i del pensament crític						
Eix 3: Desenvolupament d'un cuidar integral a l'ésser humà		Habilitats per garantir entorns de seguretat i confort evitant el dolor i el patiment a les persones grans i les seves famílies i/o cuidadors. Reflexió i accions de cuidatge a la persona gran i el seu entorn. Integració dels aspectes ètics a la pràctica geriàtrica.				

Anexo 17: Prácticas clínicas V: Resultados de aprendizaje

DADES IDENTIFICATIVES					2020_21	
Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques V				Codi	18234122
Ensenyament	Grau d'Infermeria (2016)				Cicle	1r
Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període		
	8.5	Obligatòria	Quart	AN		
Competències		Resultats d'aprenentatge			Continguts	
Planificació		Metodologies			Atenció personalitzada	
Avaluació		Fonts d'informació			Recomanacions	
Tipus A	Codi	Resultats d'aprenentatge				
	A4	Demostrar coneixement sobre les indicacions i efectes dels medicaments i productes sanitaris vinculats a les cures d'infermeria.				
	A5.3	Realitzar valoracions de l'estat nutricional, coneixent la història de l'alimentació humana, les necessitats alimentàries en les diferents etapes del cicle vital, el contingut nutritiu dels aliments i els diferents factors que poden influir en la qualitat dels mateixos, l'equilibri alimentari i els aspectes bàsics de l'alimentació com a teràpia				
	A8.1	Desenvolupar actituds i habilitats de comunicació necessàries per establir una relació terapèutica efectiva i de qualitat				
	A8.2	Desenvolupar actituds i habilitats de comunicació necessàries per establir una relació terapèutica efectiva i de qualitat				
	A8.3	Desenvolupar actituds i habilitats de comunicació necessàries per establir una relació terapèutica efectiva i de qualitat Proporcionar cures integrals d'infermeria a l'individu, família i comunitat al llarg del seu cicle vital, reconeixent la diversitat multicultural				
	A13	Realitzar cures d'infermeria garantint la màxima seguretat per a les persones que els reben, per a ells mateixos i a nivell mediambiental				
	A15	Identificar les funcions i rols d'infermeria com a membre de l'equip de salut, en els diferents àmbits de pràctiques Realitzar valoracions integrals i seguiment de les persones en els diferents contextos d'atenció detectant signes i símptomes que indiquen alteració de la salut				
	A20	Realitzar valoracions integrals i seguiment de les persones en els diferents contextos d'atenció detectant signes i símptomes que indiquen alteració de la salut				
	A21	Realitzar valoracions integrals i seguiment de les persones en els diferents contextos d'atenció detectant signes i símptomes que indiquen alteració de la salut				
	A23.2	Reconèixer les pròpies actituds i la seva influència en el procés de cures, valorant les conseqüències de les seves decisions Proporcionar cures integrals d'infermeria a l'individu, família i comunitat al llarg del seu cicle vital, reconeixent la diversitat multicultural				
	A25	Proporcionar cures integrals d'infermeria a l'individu, família i comunitat al llarg del seu cicle vital, reconeixent la diversitat multicultural				
Tipus B	Codi	Resultats d'aprenentatge				
	CT3	Resoldre problemes de forma crítica, creativa i innovadora en el seu àmbit d'estudi.				
	CT4	Treballar de forma autònoma i en equip amb responsabilitat i iniciativa.				
	CT7	Aplicar els principis ètics i de responsabilitat social com a ciutadà i com a professional.				
Tipus C	Codi	Resultats d'aprenentatge				

Anexo 18: Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen

Valora, en una escala del 1 al 7, el nivel de desacuerdo - acuerdo para cada una de las siguientes afirmaciones.

7. Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

8. Me siento preparado/a para afrontar mi muerte:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

9. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

10. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

11. Soy capaz de afrontar pérdidas futuras:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

12. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

13. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

14. Sé cómo hablar con los niños de la muerte:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

15. Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

16. Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

17. Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

18. Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

Anexo 20: Escala para evaluar la preparación asistencial y emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales y no terminales

Lee las siguientes preguntas y marca la respuesta que se adecue a tu percepción sobre el tema:

19. ¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos terminales? Como por ejemplo: cómo comunicarse con ellos, qué información darles...

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Nada
- ☐ Poco
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

20. ¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista asistencial, para cuidar a enfermos NO terminales? Como por ejemplo: cómo comunicarse con ellos, qué información darles...

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Nada
- ☐ Poco
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

21. ¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos terminales?

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Nada
- ☐ Poco
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

22. ¿Te sientes preparado/a, desde un punto de vista emocional, para cuidar a enfermos NO terminales?

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Nada
- ☐ Poco
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

Anexo 19: Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins

Lee cada uno de los ítems que aparecen a continuación y puntúa cómo de inseguro/a - seguro/a estás de que puedas realizar cada uno de ellos.

23. Afrontar la muerte de una persona anciana:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

24. Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

25. Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

26. Tocar un cadáver:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

27. Proporcionar cuidados a un enfermo moribundo:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

28. Comunicarse con un enfermo moribundo:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

29. Dar el pésame a la familia de un paciente:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

30. Afrontar la muerte de un amigo de tu edad:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

31. Acompañar a una persona en el momento de su muerte:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

32. Estar con una persona que presenta síntomas físico desagradables:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro

33. Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente:

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy inseguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Completamente seguro