

PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE

**La sensibilización precoz hacia la muerte
en la adquisición de competencias actitudinales
en estudiantes de Medicina: consolidación y seguimiento**

(ID2014/0253)

Convocatoria de Innovación Docente

Curso 2014-2015

Memoria de resultados

30 de junio de 2015

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

Índice

Introducción _____	3
Breve descripción de las actividades del proyecto _____	5
Cronología, método y detalle de las actividades _____	6
Última fase y resultados _____	10
Conclusiones provisionales _____	12
Continuidad y difusión de los resultados _____	13
Anexos _____	15

Introducción

Los estudios de Grado en Medicina contemplan entre sus competencias generales las codificadas como CT.A., que corresponden a los “valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos”, complementadas, en su implicación en la relación médico-paciente, por las CT.D (habilidades de comunicación). No obstante, hasta ahora se muestran insuficientes las herramientas para evaluar si tales competencias son adquiridas más allá de su conocimiento teórico, aunque se presuponga que determinadas estrategias pueden ser eficaces en la práctica. Por otra parte, ni en las referidas competencias ni en las consideradas específicas queda explícito el lugar que la muerte y el temor a la misma desempeñan en la relación entre el profesional de la salud y los pacientes, pese a tratarse de un aspecto crucial.

El curso pasado desarrollamos un proyecto de innovación docente desde la convicción de que asumir la mortalidad del paciente como ser humano permite reinterpretar el papel del médico y, especialmente, del estudiante de Medicina, habitualmente poco consciente (por edad y tipo de aproximación a la clínica) de lo que la experiencia de la muerte supone para la persona enferma y su entorno más próximo.

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

Tras aquél proyecto en que se hicieron perceptibles cuáles eran los aspectos más susceptibles de cambio a través de la experiencia en un servicio de cuidados paliativos, en esta segunda fase del proyecto hemos querido introducir la consideración de variables individuales que serán analizadas en los próximos meses. Debemos hacer constar una vez más que en este proyecto no tratamos tan sólo de posibilitar la adquisición de unas competencias a menudo difícilmente evaluables y confiadas al propio desarrollo personal de los estudiantes, sino que lo hemos planteado como una investigación rigurosa en la que la aplicación de diferentes indicadores nos están permitiendo evaluar el efecto de las actividades en un cambio de actitudes necesarias en la práctica profesional.

El proyecto está concebido como una investigación a largo plazo en la que los tres grupos estudiados seguirán siendo evaluados a lo largo de los estudios de Medicina para comprobar si la experiencia precoz sobre la muerte marca una diferencia en la adquisición de las competencias dirigidas a la relación con los pacientes. Por este motivo, no podemos ofrecer conclusiones sino resultados provisionales de esta segunda fase.

Breve descripción de las actividades del proyecto

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

A tal fin se han creado tres grupos:

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

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

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

Para la valoración se han utilizado diversos instrumentos:

- Tests de actitudes a todos los grupos al inicio y al final del curso (Robbins y CAM-2)
- Cuestionario a las personas que han realizado talleres (actitudes personales ante un diagnóstico de cáncer)
- Cuestionarios al grupo de asistencia a cuidados paliativos (análisis cualitativo de expectativas y valoración de la actividad)
- Memorias de la actividad, incluida la biografía realizada

Cronología, método y detalle de las actividades

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

La publicidad del proyecto se realizó durante el primer cuatrimestre, pero sólo se inició la recepción de solicitudes a partir del día 12 de febrero, una vez finalizado el primer cuatrimestre y sus exámenes (incluida la segunda convocatoria) a fin de que no se produjese un sesgo, dado que el alumnado cursaba una asignatura de primer cuatrimestre con algunos de los profesores del proyecto. La convocatoria se hizo en aulas y a través de Studium, estando abierta hasta el día 20 de febrero.

El equipo de trabajo ha estado compuesto por:

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

El equipo ratificó los acuerdos adoptados en la realización del primer proyecto, con los cambios que se fueron introduciendo durante el desarrollo a partir de la anterior experiencia: determinación del tipo de paciente, número de alumnos participantes, diseño de los grupos, tareas a realizar por los miembros del equipo, cronograma, definición del trabajo del alumnado y planteamiento del desarrollo de las actividades en el espacio clínico. (Véase ANEXO 1)

El alumnado que había manifestado su deseo de participar en el proyecto, que cumplía los requisitos exigidos y que realizó el cuestionario on line en tiempo y forma fue distribuido aleatoriamente en tres grupos en los que se respetó la distribución según género presente en el primer curso del Grado en Medicina. Ninguno de los participantes fue informado de la actividad que iba a realizar cada grupo, algo también desconocido por el equipo de trabajo, a fin de evitar condicionamientos en la realización del primer cuestionario. Se convocó una reunión informativa para todas las personas participantes el día 12 de marzo y ese mismo día quedó abierto en la plataforma Studium el primer cuestionario. La realización del mismo en las fechas previstas determinó la formalización de la participación en el proyecto.

La distribución fue la siguiente:

ESTUDIANTES DE PRIMERO DE MEDICINA

Total:	198
Varones:	57 (28,79%)
Mujeres:	141 (71,21%)

CANDIDATURAS

Total:	91
Varones:	22 (24,18%)
Mujeres:	69 (75,82%)

EXCLUSIONES (por no presentar el cuestionario en tiempo y forma)

Total:	15
Varones:	3 (20%)

Mujeres: 12 (80%)

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

Total: 76
 Varones: 19 (25%)
 Mujeres: 57 (75%)

DISTRIBUCIÓN EN GRUPOS

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

Total: 26
 Varones: 7 **(26,92%)**
 Mujeres: 19 **(73,08%)**

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

Total: 25
 Varones: 6 **(24%)**
 Mujeres: 19 **(76%)**

GRUPO C (creado aleatoriamente a partir de los participantes finales y que sólo realizó talleres)

Total: 25
 Varones: 6 **(24%)**
 Mujeres: 19 **(76%)**

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

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

Los talleres se redujeron a dos tardes completas los días 19 y 23 de marzo. Los talleres buscaban una reflexión sobre la muerte desde diferentes perspectivas y la preparación para el encuentro con la persona que se enfrenta a la muerte, desarrollando estrategias para la entrevista, el apoyo y la recogida de datos. En el primer taller participaron Antonio Carreras, Martín Boyero, Francisco Vara y Eva Tejedor. En este taller se realizó un ejercicio con el alumnado sobre sus actitudes ante un diagnóstico de cáncer (ANEXO 5). En el segundo, Ginés Llorca, M^a Ángeles Díez y Gloria Bueno. Los programas de los mismos se pueden encontrar en el ANEXO 4.

Los talleres fueron completados por 46 personas de las 50 previstas. Tras finalizar los talleres se procedió a sortear públicamente el grupo que proseguiría el proyecto mediante la asistencia al Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital de los Montalvos. Los grupos quedaron, al finalizar esta fase de la siguiente manera:

GRUPO C (sólo realizaron talleres)

Total:	23
Varones:	6 (26,09%)
Mujeres:	17 (73,91%)

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

Total:	23
Varones:	6 (26,09%)
Mujeres:	17 (73,91%)

Antes de la realización de las visitas al Servicio de Cuidados Paliativos, el alumnado recibió un taller específico del 13 al 17 de abril, con Juan Antonio Rodríguez Sánchez, con información ampliada sobre la actividad que debían realizar, a fin de marcar claramente que su papel no era el de profesionales de la salud, sino el de voluntarios. Se les alertó sobre el interés en promover una conversación que les permitiese conocer a la

persona hasta el punto de poder trazar una pequeña biografía de la misma. Se les aportó, junto a las instrucciones, la ficha de realización de entrevista y los documentos de autorización para grabarla (ANEXOS 6, 7 y 8)

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

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

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

Última fase y resultados

El alumnado realizó un cuestionario de análisis de expectativas y, al concluir las visitas, un cuestionario de valoración de la actividad. Estos cuestionarios serán sometidos a un análisis cualitativo.

La actividad fue completada por 18 personas. De las cinco personas que se dieron de baja en el proyecto, una lo hizo por motivos de enfermedad familiar y cuatro adujeron la falta de tiempo debida a la proximidad de los exámenes, pese a que la asistencia a paliativos concluyó antes que las prácticas programadas para algunas asignaturas de primero de Medicina.

GRUPO B (PALIATIVOS)

Total:	18
Varones:	4 (22,23%)
Mujeres:	14 (77,77%)

El alumnado que realizó las visitas en el Servicio de Cuidados Paliativos negoció diversas fechas para la entrega de sus memorias, que se acordó fuese el día 28 de junio (el mismo día que se fijó para el cierre del segundo cuestionario on line en Studium), aunque existió flexibilidad para la recepción de trabajos. Hubo que ampliar una vez más las fechas hasta el día 4 de julio, con correos electrónicos personales, para conseguir que las personas que habían realizado su trabajo en paliativos no quedasen fuera del proyecto. Todas cumplimentaron muy satisfactoriamente las actividades planteadas y los documentos generados en las mismas:

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

Las memorias serán sometidas a análisis cualitativo.

La última parte del proyecto ha consistido, como queda dicho, en volver a pasar el test a los tres grupos para valorar si los talleres y la experiencia con pacientes en cuidados

paliativos han determinado un cambio de actitudes. En esta ocasión se han incorporado algunos ítems para conocer si en el tiempo transcurrido se han producido episodios que puedan interferir con la interpretación de los resultados (muerte de alguna persona del entorno afectivo), así como si, en el caso de pertenecer al grupo que había acudido a paliativos, la persona a la que habían visitado había fallecido.

Dadas las fechas de conclusión de la fase anterior, el cuestionario fue elaborado para su realización on line y habilitado en la plataforma Studium el día 25 de junio. La fecha máxima dada para su realización fue el día 28 de junio, aunque hubo que ampliarla hasta el 4 de julio para cinco casos concretos.

El test fue realizado en la siguiente proporción:

Grupo control:	18
Varones:	7 (38,89%)
Mujeres:	11 (61,11%)
Grupo talleres:	20
Varones:	6 (30%)
Mujeres:	14 (70%)
Grupo paliativos:	18
Varones:	4 (22,23%)
Mujeres:	14 (77,77%)
TOTAL	56

Aunque las exigencias han sido mayores para los grupos de talleres y, especialmente, de paliativos, parece que la motivación ha sido un elemento importante para la implicación en el seguimiento del proyecto y que el alumnado con mayores responsabilidades ha sido también el que mejor ha respondido a las exigencias de la investigación. Aunque el grupo final que asistió a cuidados paliativos y completó las actividades presenta una distribución de género diferente a la del primer curso de Medicina, es el que menor desviación ha tenido respecto a su distribución original, a diferencia del grupo control,

en el que la disminución de incentivos ha afectado más a las mujeres que a los hombres hasta reducir la proporción de aquellas en casi 12 puntos.

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

Conclusiones provisionales

Como quedó expresado el proyecto está concebido para un largo seguimiento, de modo que los resultados aquí presentados no son concluyentes. En este momento aún no podemos plantear conclusiones definitivas sobre los efectos que han tenido talleres y asistencia a paliativos en las percepciones y actitudes del alumnado del primer curso del Grado en Medicina.

Podemos realizar algunas observaciones no conclusivas. En primer lugar es importante destacar la respuesta obtenida entre el alumnado, si bien sus objetivos eran los de entrar en contacto con el espacio clínico y los pacientes, lo que supuso una considerable frustración para los grupos designados como control o sólo talleres. Esto explica también el mayor abandono en el grupo control, menos motivado para seguir en el proyecto y desestimando el reconocimiento de beneficios en las calificaciones. El abandono producido en el grupo que asistió al Servicio de Cuidados Paliativos se produjo al inicio del mismo y no durante la realización de la actividad, lo que induce a pensar que en la mayoría de los casos se redimensionó la exigencia personal del proyecto cuando tuvieron el contacto real con el hospital.

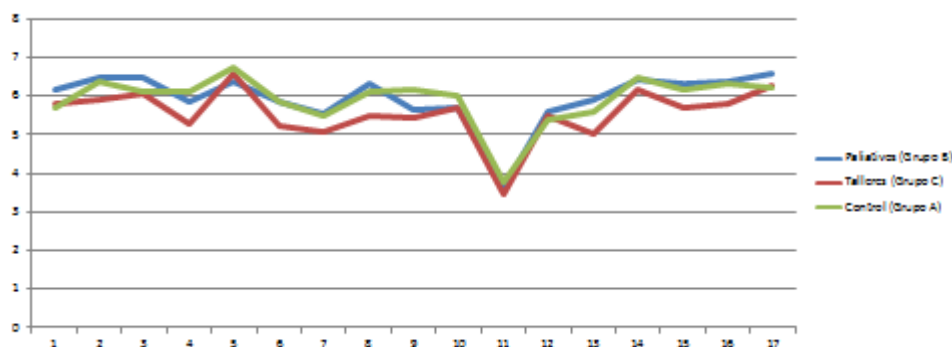
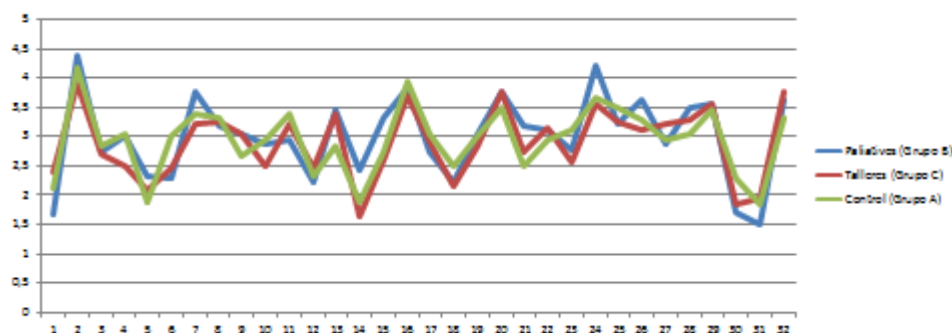
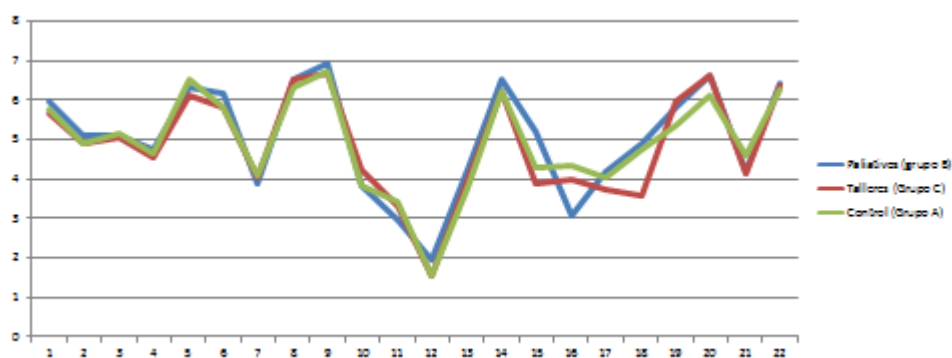
Para el grupo que asistió al Servicio de Cuidados Paliativos se fomentó la relación no sólo con los pacientes, sino con el conjunto de la familia y el acompañamiento en el duelo tras el fallecimiento de la persona biografiada cuando así haya acontecido.

Al igual que el pasado año ha sido importante el hecho de que la primera experiencia en un entorno clínico sea en un equipo multidisciplinar con una organización horizontal. Este tipo de funcionamiento va a suponer una referencia ante experiencias posteriores, por lo que consideramos que también va a introducir diferencias en el aprendizaje que tendremos que valorar cuando los grupos de estudio lleguen a cursos clínicos.

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

Los test realizados han mostrado que el grupo que asistió a cuidados paliativos presenta las diferencias más significativas con respecto a los restantes grupos (control y talleres) en diversos aspectos que se reflejan en las siguientes gráficas. Las actitudes ante la muerte son de aceptación y naturalidad y consideran que la reflexión sobre la misma es importante para el crecimiento personal. Asumen las propias emociones como elemento

que ayuda a la empatía. Priman la calidad de vida sobre la supervivencia y se muestran defensores del uso de fármacos que contribuyan a ello. Respecto a los niveles de competencia se sienten capaces de escuchar a las familias y ayudar a los amigos en situaciones de confrontación con la muerte. Este último aspecto es llamativo porque se ha producido un cambio desde un inicial sobredimensionamiento de las propias capacidades (como muestra el grupo control) a un conocimiento real de la capacidad tras haberla experimentado, lo que aproxima a ambos grupos y se apartan del grupo que sólo realizó talleres.



Continuidad y difusión de los resultados

El proyecto proseguirá en los próximos cursos para valorar si las dos experiencias realizadas condicionan el desempeño en el aprendizaje y en el inicio de las actividades clínicas que impliquen relación con el paciente.

También en este curso hemos efectuado algunas consideraciones para mejorar el proyecto.

- Se sigue produciendo abandono, especialmente en dos grupos: el de control (por falta de incentivos) y el de paliativos (por las mayores exigencias). Podemos plantear las siguientes medidas:
 - o Motivar al grupo control con mensajes esporádicos contando cómo va el proyecto y lo importante que es la existencia de un grupo control. Aprovechar para sensibilizarlos y formarlos en metodología de la investigación
 - o Facilitar al grupo de paliativos su asistencia convocando mucho antes la actividad. Deberían estar acudiendo en el mes de marzo o, como muy tarde, a principio de abril.
- Sería bueno incorporar al alumnado que ha realizado la actividad en paliativos en este año. La forma de incorporarlos permitiría que pudiesen hacerse más conscientes de la diferencia que se ha establecido en su formación y seguir reelaborando el significado de esos elementos diferenciales. La forma de participar podría ser:
 - o En la sesión de presentación de la actividad al alumnado de primero (que podría realizarse este año pasado San Lucas, para ir preparándoles)
 - o En la primera sesión con las personas candidatas
 - o En los talleres

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

- Association for Medical Education (AMEE), Barcelona, 27-31 de Agosto de 2016

- XIII Foro de Evaluación de la Calidad de la Investigación y de la Educación Superior (FECIES)

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

ANEXOS

ANEXO 1

Acuerdos del profesorado para la realización del proyecto

INNOVACIÓN DOCENTE

La sensibilización precoz hacia la muerte en la adquisición de competencias actitudinales en estudiantes de Medicina **Actualización de los acuerdos sobre su desarrollo**

1. Determinación del tipo de paciente

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

2. Determinación del número de alumnos participantes

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

3. Sobre el diseño de los grupos

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

4. Cronograma:

- a. Día 12 de febrero
 - i. Inicio de recepción de solicitudes
- b. Día 20 de febrero
 - i. Fin de plazo para presentación de solicitudes
- c. Día 12 de marzo
 - i. Reunión informativa presencial
- d. Días 12 a 15 de marzo
 - i. Realización del cuestionario on line
- e. Días 19 y 23 de marzo
 - i. Realización de talleres
 - ii. 19 de marzo: Antonio, Martín, Paco y Eva
 - iii. 23 de marzo: Ginés, M^a Ángeles y Gloria
- f. Días 13 a 17 de abril
 - i. Taller sobre realización de entrevista (Juan Antonio)
- g. 13 de abril a 29 de mayo

- i. Acompañamiento de pacientes en el Servicio de Cuidados Paliativos (Paco y Eva)
- h. Las memorias y transcripciones deben entregarse a finales de mayo al coordinador del Proyecto
- i. A finales de junio se aplicarán nuevamente los tests
- j. En julio, el equipo que conduce el Proyecto evaluará los resultados y redactará la memoria final
- k. Envío de un artículo a Revista Española de Pedagogía, RIE o, si los resultados son muy satisfactorios: Academic Medicine, Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice

5. Definición del trabajo del alumno:

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

6. Planteamiento del desarrollo en el espacio clínico

- a. Se solicitarán, desde la coordinación, los pertinentes permisos para el desarrollo de la actividad
- b. Los profesionales determinarán quiénes son los pacientes que pueden participar en el Proyecto
- c. Los profesionales hablarán previamente con los pacientes para contarles en qué va a consistir la actividad
- d. Los voluntarios/profesionales presentarán al alumno al paciente

- e. Tras esa primera visita el alumno comunicará al paciente su deseo de seguir visitándole y le preguntará si eso le apetece
- f. Las visitas se concertarán entre paciente y alumno, dando prioridad a las circunstancias del primero

ANEXO 2
Cuestionario inicial

DATOS PERSONALES

Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Estado civil: solter@ casad@ con pareja Otros
 Lugar de residencia habitual (domicilio familiar):
 Tipo de residencia durante el curso: Colegio Mayor Residencia
 Piso compartido Vive solo
 Tipo de estudios. Grado en: Curso:
 Tipo de familia: Familia nuclear (madre y padre e hijos)
 Familia extensa (padres e hijos y abuelos, tíos...)
 Familia monoparental (hijos viven sólo con uno de sus res)
 Familia ensamblada, (madre con sus hijos con padre con sus hijos)
 Familia homoparental (pareja de hombres o de mujeres son progenitores)
 Educación familiar recibida: autoritaria permisiva liberal sobreprotectora
 Nivel económico de la familia: alto medio bajo
 A nivel religioso se considera: Creyente practicante: si no
 Agnóstico
 Ateo
 Tipo de religión:
 ¿Ha habido o hay algún enfermo grave en su familia?: si no
 ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad grave?: si no
 ¿Ha sufrido algún accidente importante?: si no
 ¿Alguna de estas circunstancias han cambiado su actitud de la vida o la muerte?: si no

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

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

- 20.- La comunicación con los familiares es importante para el médico
..... 1 2 3 4 5 6 7
- 21.- En un paciente terminal siempre hay que utilizar todos los medios a
nuestro alcance para preservar la vida
..... 1 2 3 4 5 6 7
- 22.- En pacientes terminales es trascendental el trabajo en equipo
..... 1 2 3 4 5 6 7

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

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

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

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

ANEXO 3

Resultados de la primera pasación del cuestionario

Resultados

RESULTADOS

Descriptivos de muestra

La muestra quedó compuesta por 58 sujetos, que se distribuyeron en tres grupos: J con 20 participantes y los grupos S y W con 18 cada uno (Fig 1):

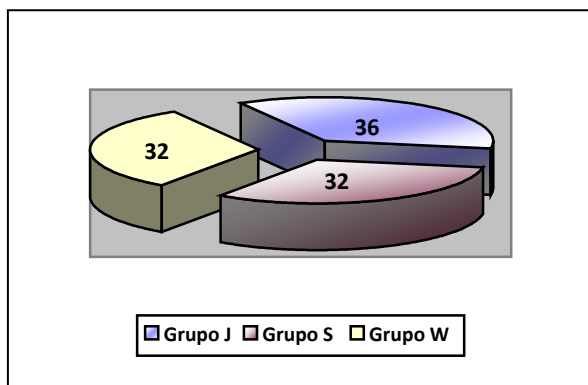


Fig. 1.: Grupos de estudio

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

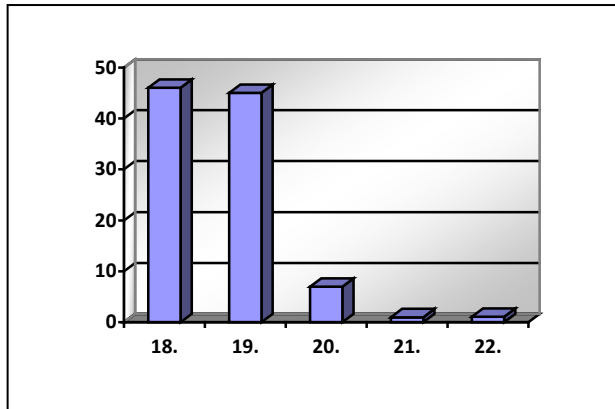


Fig. 2.: Edad

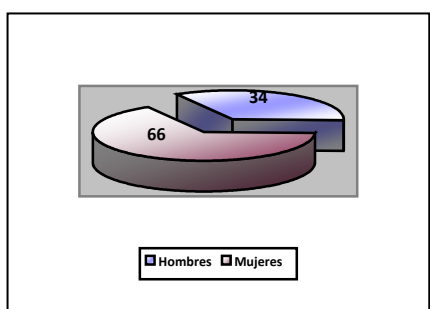


Fig. 3.: Sexo

Del total de participantes el 68,4% eran mujeres y el resto (31,6) hombres (fig. 3):

Con respecto al domicilio familiar de los integrantes de la muestra, el mayor porcentaje eran estudiantes salmantinos, el resto puede decirse que cubrían un amplio espectro nacional, e incluso, internacional.

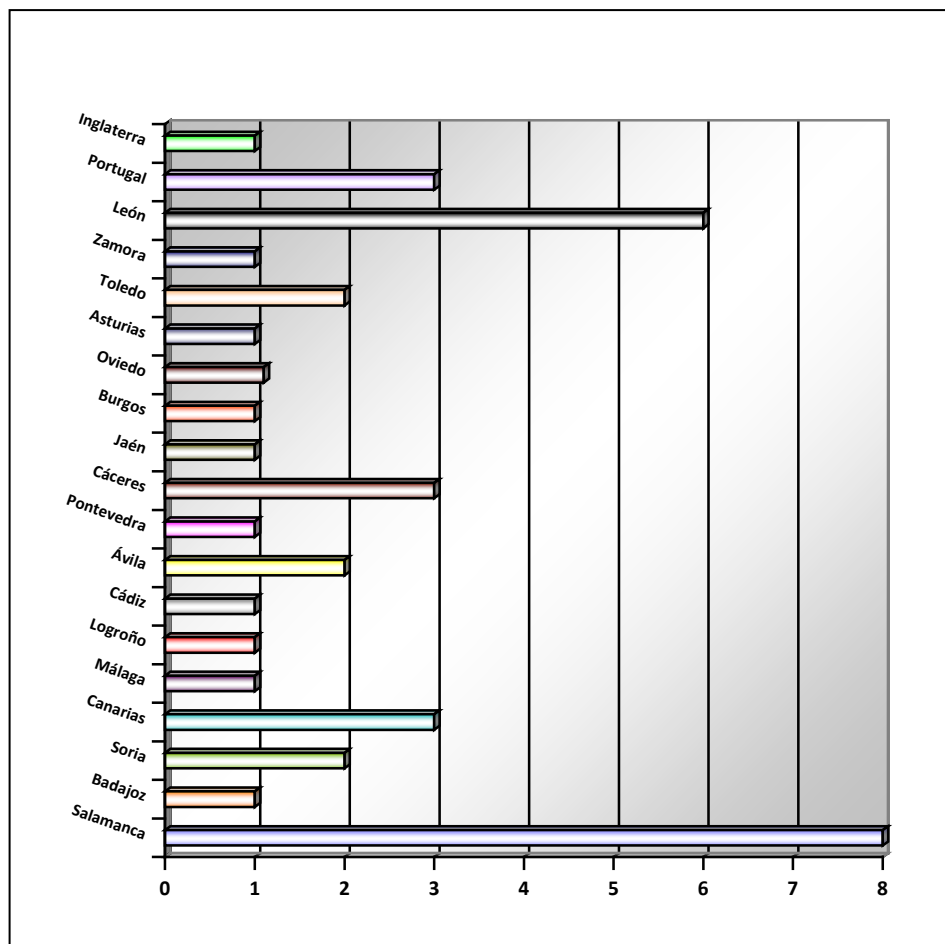


Fig. 4.: Procedencia

En concordancia la residencia durante el curso se reparte de la siguiente forma: el mayor porcentaje (41%) vivían en el domicilio familiar, le siguen colegios mayores y residencias con igual porcentaje, los de menor porcentaje son los que viven solos (3%) (Fig. 5).

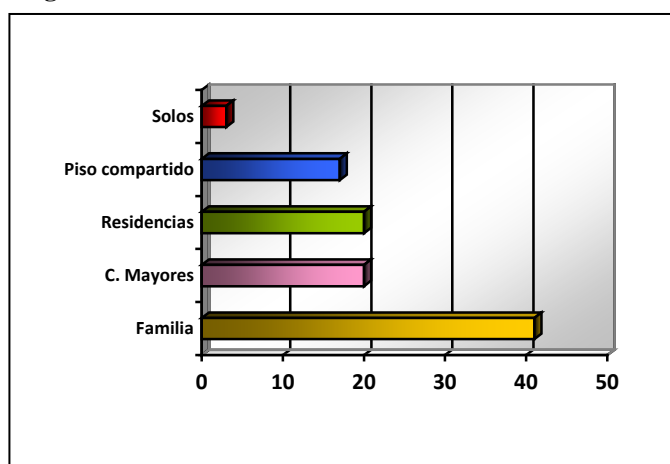


Fig. 5.: Residencia durante el curso

La mayoría (75%) pertenecían a familias nucleares (padres e hijos), a familias extensas (padres e hijos y abuelos, tíos...) el 13% y monoparentales (hijos viven sólo con uno de sus padres) el 12%. A pesar que se daba la opción de familias ensambladas, (madre con sus hijos con padre con sus hijos) y homoparentales (pareja de hombres o de mujeres son progenitores), ninguno de los participantes eligieron estas opciones.

El tipo de educación recibida fue mayoritariamente permisiva (68,4%), el resto se distribuía en porcentajes iguales (10,5%) (fig. 6):

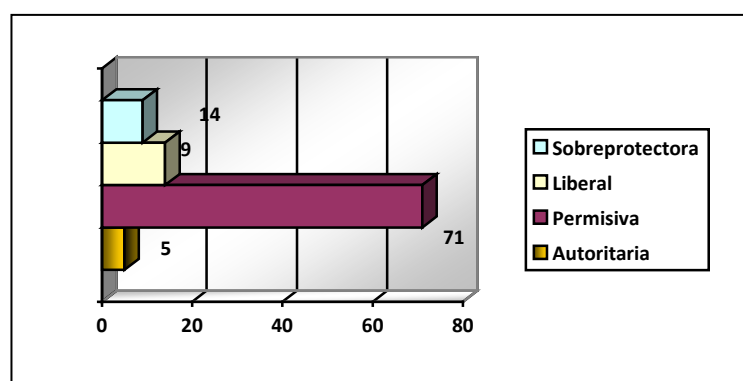


Fig. 6.: Educación familiar

La mayoría decían pertenecer a un nivel socioeconómico medio (91%), el resto se repartían entre alto (4%) y bajo (5%).

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

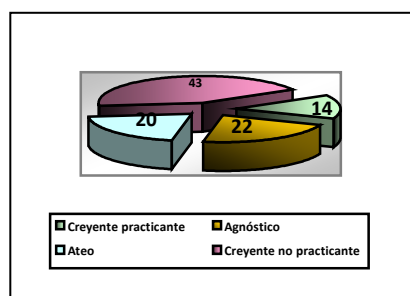


Fig. 7.: Religión

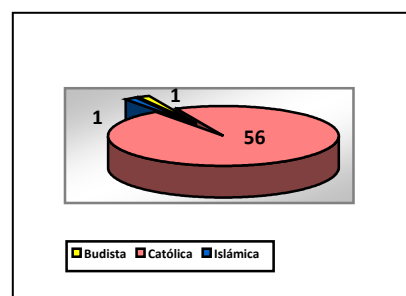


Fig. 8.: Tipo

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

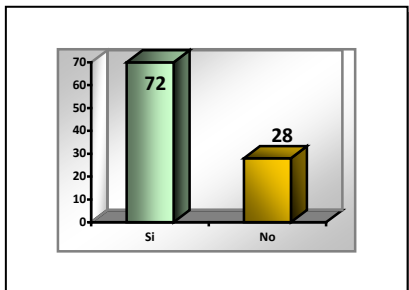


Fig. 9.: Enf. Grave familiar

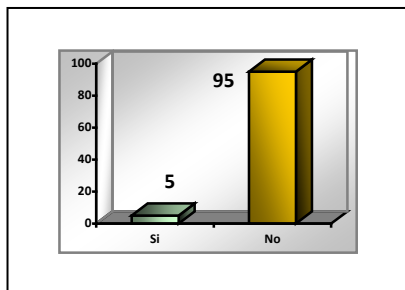


Fig. 10.: Enf. Grave personal

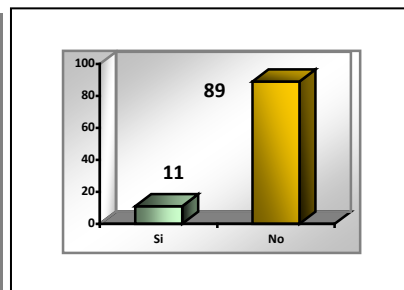


Fig. 11.: Accidente Grave

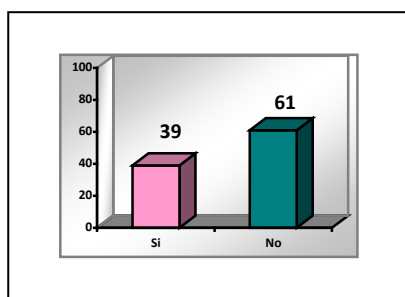


Fig. 12: Repercusión personal

RESULTADOS DESCRIPTIVOS:

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

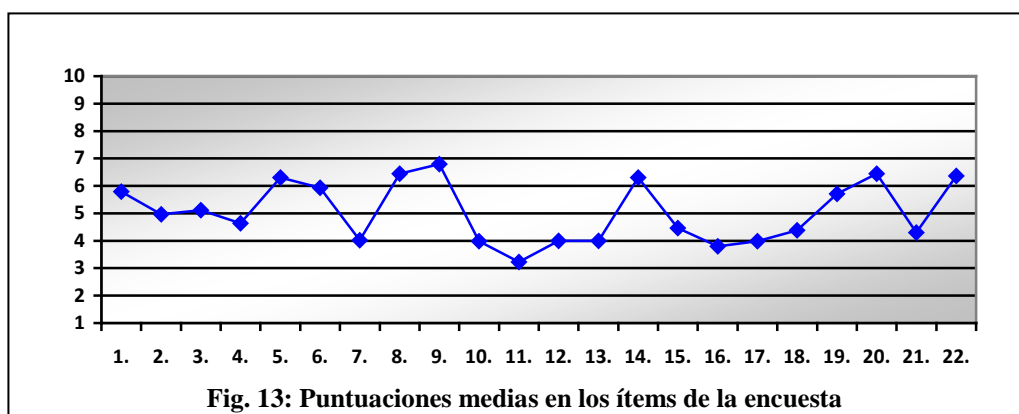


Fig. 13: Puntuaciones medias en los ítems de la encuesta

Vemos en la figura 13, las medias más altas se producen en los ítems 9 (*Los pacientes tienen derecho a no morir solos*) y 8 (*El paciente debe expresar sus sufrimientos y*

emociones ante la cercanía de su muerte). La más baja, es decir, con el que están en mayor desacuerdo es en el 12 (*Lo mejor es comunicar el diagnóstico al familiar y ocultarle la verdad al enfermo*).

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

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

Variable	media	Dt	Min.	Máx
Autoeficacia	98,73	13,02	64	119
Muerte como tránsito (Tr)	19,41	6,65	8	35
Temor (Tm)	18,68	5,34	8	30
Liberación (S)	10,27	2,93	5	17
Impacto emocional (IE)	15,73	1,99	10	19
Distanciamiento/Sensibilidad (D/S)	21,25	3,35	13	31
Mecanismos de Defensa (D)	11,14	3,02	4	18

Análisis de Control

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

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

Tabla I.: Análisis control: variables sociofamiliares

Variable	g.l.	Análisis	Probabilidad (p)
Edad	2,55	F = .687	0,50
Sexo	2	$\chi^2 = 1,84$	0,55
Tipo familia	6	$\chi^2 = 9,58$	0,14
Educación familiar	6	$\chi^2 = 2,45$	0,87
Nivel socioeconómico	4	$\chi^2 = 9,09$	0,06
Nivel religioso	6	$\chi^2 = 6,76$	0,34
Enf. Graves familiares	2	$\chi^2 = 0,04$	0,218
Enf. Graves personales	2	$\chi^2 = 2,15$	0,34
Cambio actitud	2	$\chi^2 = 1,98$	0,37

Al introducir en el ANOVA las puntuaciones obtenidas en la *escala de autoeficacia* de Robbins (1994), se evidencia que entre los tres grupos tampoco existen diferencias $F(2,55) = 1,61$; $p_a = 21$. De igual forma sucede con las subescalas del Cuestionario de Actitudes ante la muerte (CAM-2 de Hernández, 1997) (tablas II)

Tabla II.: Análisis control: subescalas del CAM-2

Variable	g.l.	Análisis	Probabilidad (p)
Muerte como tránsito (Tr)	2, 55	F = 0,88	0,42
Temor (Tm)	2, 55	F = 0,43	0,65
Liberación (S)	2, 55	F = 0,36	0,70
Impacto emocional (IE)	2, 55	F = 1,94	0,15
Distanciamiento/Sensibilidad (D/S)	2, 55	F = 2,52	0,09
Mecanismos de Defensa (D)	2, 55	F = 1,86	0,16

A continuación realizamos un análisis de control de los ítems de la encuesta, para comprobar que no existen diferencias a priori. Realizamos con cada uno de los ítems un

análisis de varianza de un factor de efectos fijos (los grupos de estudio), como variable de medida introducimos las puntuaciones obtenidas en cada ítem. Los resultados se reflejan en la tabla III:

Tabla III.: Análisis control: ítems encuesta

Variable	g.l.	Análisis	Probabilidad (p)
Ítem 1	2, 55	F = 0,45	0,64
Ítem 2	2, 55	F = 0,13	0,88
Ítem 3	2, 55	F = 0,42	0,96
Ítem 4	2, 55	F = 0,58	0,94
Ítem 5	2, 55	F = 0,65	0,52
Ítem 6	2, 55	F = 0,45	0,63
Ítem 7	2, 55	F = 0,09	0,91
Ítem 8	2, 55	F = 0,21	0,81
Ítem 9	2, 55	F = 1,21	0,31
Ítem 10	2, 55	F = 0,46	0,63
Ítem 11	2, 55	F = 0,42	0,66
Ítem 12	2, 55	F = 0,95	0,39
Ítem 13	2, 55	F = 0,34	0,71
Ítem 14	2, 55	F = 0,46	0,63
Ítem 15	2, 55	F = 2,54	0,09
Ítem 16	2, 55	F = 2,52	0,09
Ítem 17	2, 55	F = 0,28	0,76
Ítem 18	2, 55	F = 4,11	0,02 ***
Ítem 19	2, 55	F = 1,36	0,27
Ítem 20	2, 55	F = 2,41	0,10
Ítem 21	2, 55	F = 0,48	0,62
Ítem 22	2, 55	F = 0,16	0,85

Se evidencia igualdad en todos los ítems, excepto en el número 18, que se enunciaba cómo: “*Es importante ante la muerte recibir apoyo espiritual*”. Ante esta circunstancia decidimos eliminar este ítem de la encuesta.

El resto de los resultados, ponen de manifiesto que los tres grupos son completamente homogéneos, por lo tanto se puede asignar las diferentes tareas a dos de ellos e identificar al que será el grupo control:

Grupo C (DT): sujetos con participación en docencia teórica (DT)

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

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

ANEXO 4
Programas de los talleres

**LA SENSIBILIZACIÓN PRECOZ HACIA LA MUERTE EN
LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS
ACTITUDINALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
PRIMER TALLER
Facultad de Medicina, Aula 6**

Jueves, día 19 de marzo de 2015

17 h. Manifestaciones culturales de la muerte en Occidente.

Prof. Antonio Carreras

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

Prof. Martín Boyero

18,15 h. Cuidados paliativos: una experiencia asistencial y de voluntariado

Prof. Francisco Vara

**LA SENSIBILIZACIÓN PRECOZ HACIA LA MUERTE EN
LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS
ACTITUDINALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
SEGUNDO TALLER
Facultad de Medicina, Aula 7**

Jueves, día 23 de marzo de 2015

16 h. Psicología de la muerte

Prof. Ginés Llorca

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

Prof^a. M^a Ángeles Díez, Prof^a. Gloria Bueno

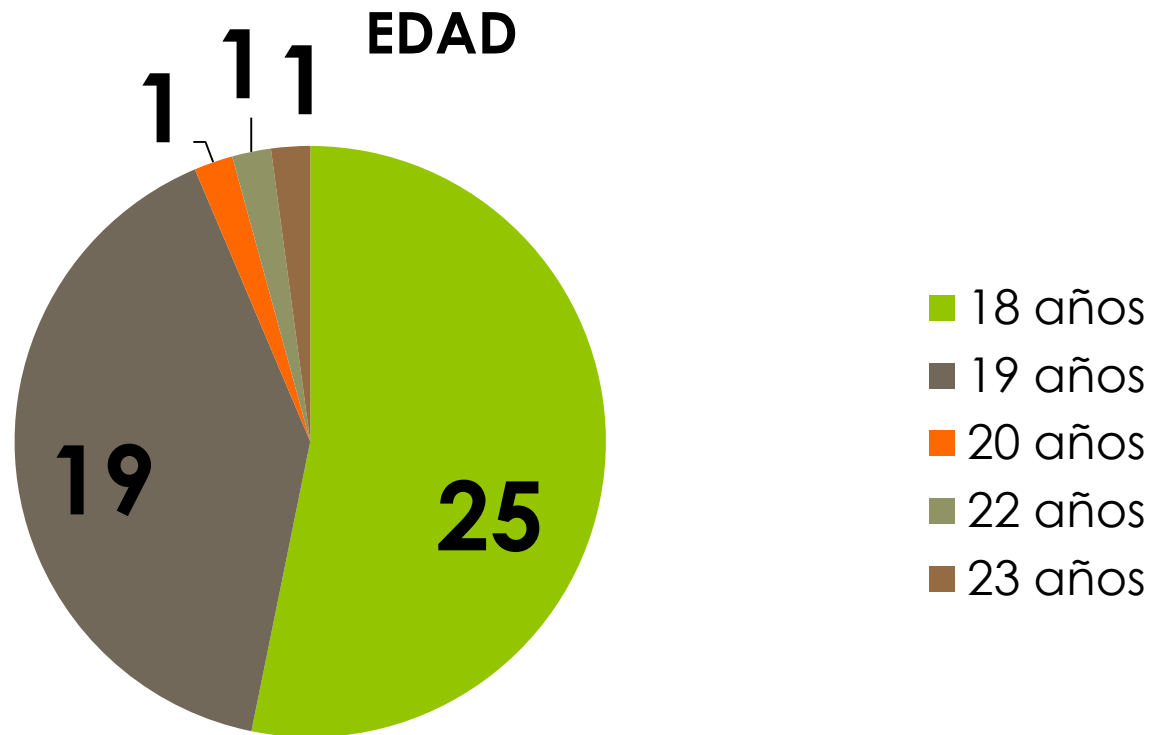
ANEXO 5
Resultados del primer taller

**PROYECTO
INNOVACION
DOCENTE**

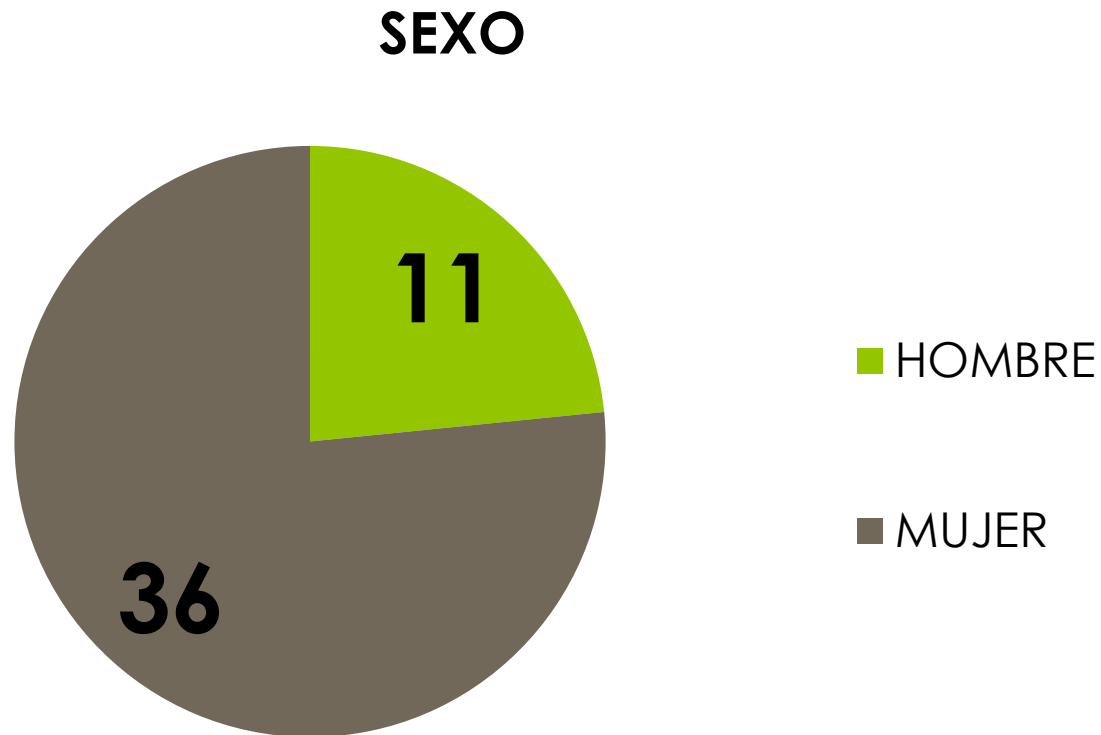
**Cómo dar
MALAS
NOTICIAS.
Elegir un cáncer
2º año 2015**

**Martín Boyero San Blas
Enfermero**

Muestra del taller...

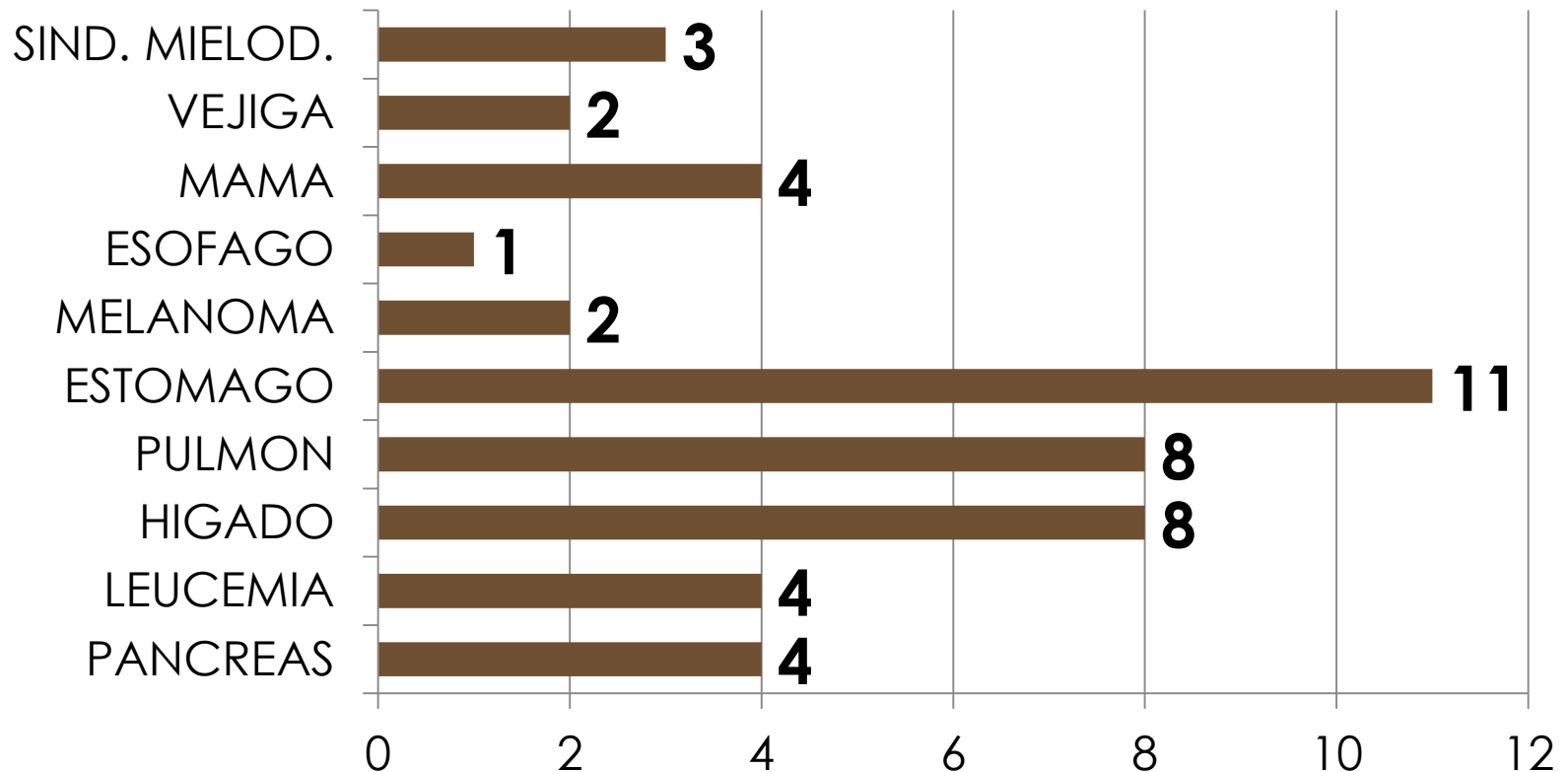


Muestra del taller...



¿ Qué cáncer te ha tocado?

"Sorteo del cáncer"



¿Cuál elegirías y por qué?

ELEGIDO	RAZONES
Pulmón 4	Es el que me ha tocado
Leucemia 2	No doloroso
Hígado 3	Es el que me tocó. Acepto totalmente. Desconozco síntomas y me da igual
Riñón 1	Menos grave que otros.
Estómago 8	Me tocó. No se puede elegir. Conocí a alguien con él y no le fue tan mal. No existe uno mejor.
NS/NC 4	
Páncreas 2	Este mismo, me da igual
Melanoma/Piel 2	Mejor cura y sufriría menos
Testículos 2	Más curación, me limitaría menos
Mama 15	Mayor expectativa de curación, Menos dolor, más calidad de vida. Más habitual
Vejiga 4	No me gustaría elegir. Organo poco importante. No creo que cambiase la situación por elegir otro.

¿Quién elegirías y por qué?

ELEGIDO	RAZONES
MEDICO (21)	Más claro de todos y mejor sabe. Más profesionalidad. Seguridad. Confío en él. No hay vínculo emocional familiar. Debe hacerlo él. No le conozco...
MADRE, PADRE (14)	Me trajo al mundo y nadie mejor que ella. Más empatía que nadie. Sabría Cómo y Cuándo. Padre es el que mejor me conoce.
NO CONOCIDO O CONOCIDO PERO POCO (2)	Para que no sufra demasiado por mí.
MEJOR AMIGO (1)	Unico con capacidad de hacer que todo sea NORMAL y me daría apoyo Incondicional
MEDICO MAS FAMILIAR (4)	Información veraz y cariño asegurado.
MI HERMANA (3)	Mejor sabe cómo soy.
ENFERMERA, SANITARIO NO FAMILIAR (2)	Para que no sufriese por mí.

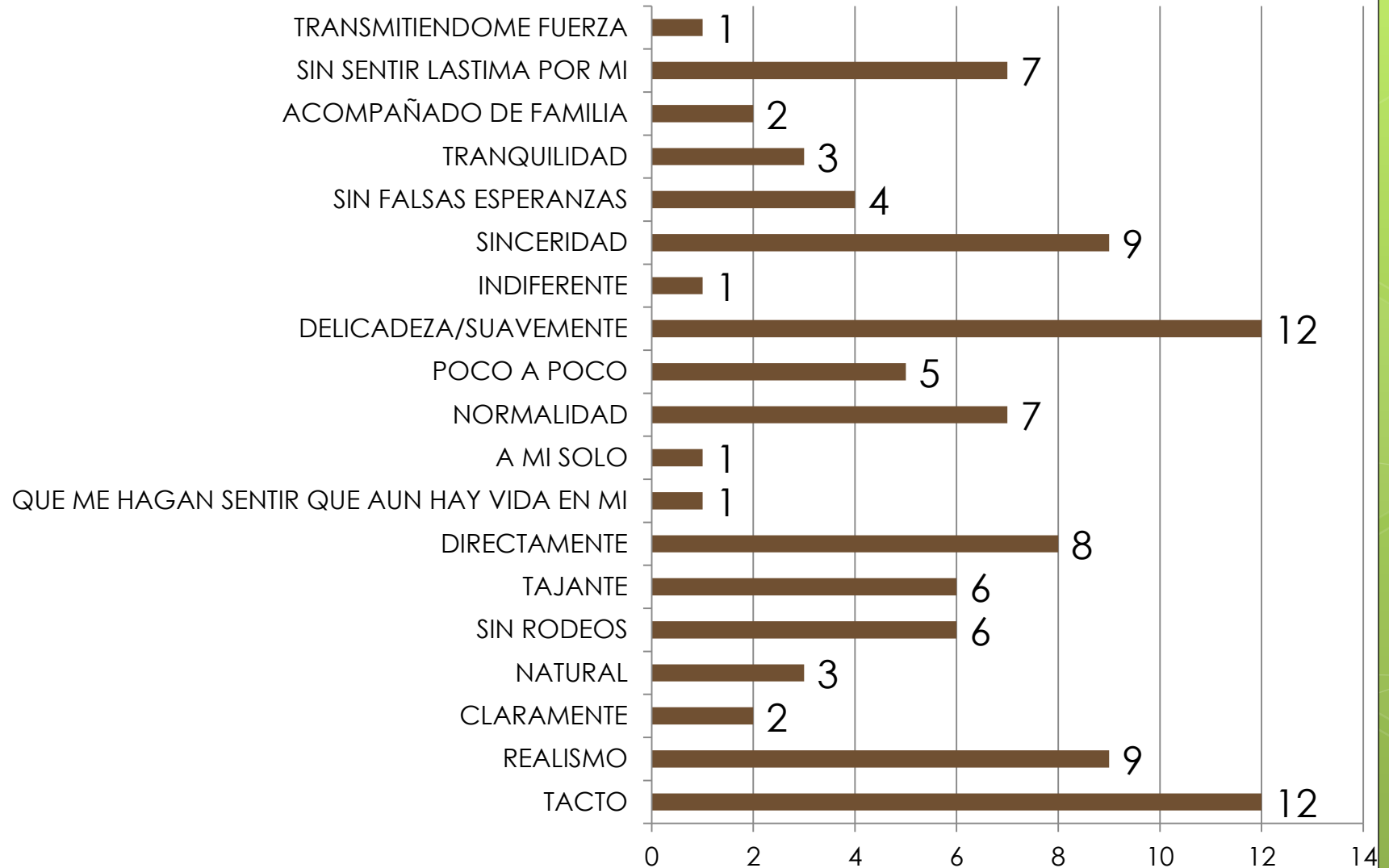
¿Cuándo y por qué?

ELEGIDO	RAZONES
Cuanto ANTES (38)	Para planear mi final. Dejaría de estudiar y me dedicaría a familia. Para hacer todo lo que me gusta. Para aprovechar al máximo lo que me quede. Desechar la incertidumbre como peor sentimiento que existe.
Cuanto más TARDE (1)	Para VIVIR FELIZ mientras tanto...
No saberlo o al final (2)	Felicidad en la ignorancia y así viviría feliz más tiempo.
Cuando fuera SEGURO el diagnóstico (3)	Para no tener dudas de ello.
Cuando me encontrase bien, sin dolor y preparado para ello (2)	Para asumir mejor la noticia. El momento idóneo llegará y ahí querría saberlo, sin limitaciones.
NS/NC (1)	-----

¿Dónde y por qué?

ELEGIDO	RAZONES
<p>HOSPITAL (15) CONSULTA (6)</p>	<p>Donde más seguro me sentiría. Sitio más indicado, Más lógico. Si precisase ayuda psicológica la tendría también. Hay más gente como yo y eso me ayudaría también.</p>
<p>DA IGUAL (3)</p>	<p>No hay lugar bueno.</p>
<p>SITIO FAVORITO (2) LUGAR CALIDO (2) CASA (15) LUGAR TRANQUILO, AMPLIO, COMODO (4) CON AMIGOS (2)</p>	<p>Cerca del Mar por lo que representa para mí. Para poder expresarme con libertad. Más cómodo me sentiré. Donde me hagan sentir VIVA aún. Para poder compartir sentimientos. Reunión familiar y así lo sabríamos todos a la vez... Es donde más protegido me sentiría.</p>
<p>LUGAR NO CONOCIDO (2)</p>	<p>Para no asociar un lugar cercano y agradable a una mala noticia</p>

¿Cómo y por qué?



TACTO

REALISMO

CLARAMENTE

NATURAL

SIN RODEOS

TAJANTE

DIRECTAMENTE

QUE ME HAGAN SENTIR QUE AUN
HAY VIDA EN MI

A MI SOLO

NORMALIDAD

POCO A POCO

DELICADEZA/SUAVEMENTE

INDIFERENTE

SINCERIDAD

SIN FALSAS ESPERANZAS

TRANQUILIDAD

ACOMPAÑADO DE FAMILIA

SIN SENTIR LASTIMA POR MI

TRANSMITIENDOME FUERZA

Cómo dar MALAS NOTICIAS - Vuestro Manual -

ANEXO 6
Instrucciones al alumnado

INNOVACIÓN DOCENTE

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

Instrucciones para los encuentros con los pacientes

1. Definición del trabajo del alumnado en las visitas:

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

2. Planteamiento del trabajo después de las visitas:

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

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

3. Memoria de la actividad:

- a. La memoria de la actividad debe recoger:
 - i. Nombre y apellidos del alumno
 - ii. Nombre y apellidos de la persona a la que se ha acompañado
 - iii. Nombre y apellidos del voluntario/a con quien se ha acudido
 - iv. Cronograma de visitas (días, horas, tiempo)
 - v. Circunstancias de cada visita (personas en la habitación, estado general del paciente, capacidad comunicativa, estado de ánimo, incidentes durante la visita, etc.)
 - vi. Valoración detallada del desarrollo de la práctica en su conjunto, siguiendo la técnica DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades)
 - vii. Valoración general de los resultados personales de la práctica siguiendo la técnica DAFO e intentando responder a la pregunta “¿qué he descubierto de mí mismo durante la práctica?”
- b. La memoria se entregará tanto impresa como en formato digital a través de correo electrónico a jarshm@usal.es
- c. La fecha máxima para entregar la memoria será el día veinte de junio de 2015.

4. Biografía de la persona entrevistada:

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

ANEXO 7

Ficha de registro de entrevista

FICHA DE REGISTRO

Días (introducir todos): ____/____/____

Horas: _____

Lugar de la entrevista: _____

Nombre de la persona entrevistada: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Situación familiar (hijos, padres, otros): _____

Estudios: _____

Profesión: _____

Situación laboral: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo-electrónico: _____

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

Sí

No

Observaciones / Impresiones generales:

ANEXO 8

Autorización para grabación y uso de entrevista

Autorización para la grabación y uso de entrevistas

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

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

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

_____, ____ de _____ de _____

Firmado:

El/la estudiante: