



Facultat de Ciències de la Salut i del Benestar

Màster universitari Envel·liment actiu:  
prevenció i bases per a una atenció integrada

Treball Final de Màster. Modalitat de recerca

Curs 2010-2011

**L' impacte de la mort  
en estudiants d'infermeria  
durant el seu  
primer període de pràctiques**

Autora: Núria Gorchs i Font  
Director: Dr. Ramon Colell i Brunet

Tavèrnoles, 5 de setembre de 2011



## Resum

La mort i el procés de morir són fets quotidians en les persones grans i, consegüentment, en els centres sociosanitaris, on bona part de les persones usuàries són d'edat avançada. Tot i que es tracta d'un fenomen natural que s'inclou dins del cicle vital de les persones, en la nostra societat la mort encara provoca rebuig, por, ansietat, tristesa i inquietud. En aquest marc, les estudiants<sup>1</sup> d'infermeria són un col·lectiu que poden patir especialment l'impacte de la mort. Primer, perquè com a membres de la societat tenen interioritzat el codi social preestablert envers aquest tema i, segon, perquè durant la seva formació estan en contacte amb persones que estan al final de la vida i poden presenciar vivències de mort.

En el primer període de pràctiques dels estudis d'infermeria, les estudiants han de fer front a diverses situacions del dia a dia fins aleshores desconegudes. Els conflictes interpersonals amb l'equip de treball i la inseguretat sobre les habilitats i les competències professionals són alguns dels aspectes que acostumen a viure amb més tensió. Tot i això, el que més impacte els provoca és la cura de les persones al final de la vida.

Davant d'una situació de tensió, la persona viu un component estressor, que suposa el punt d'inflexió. A partir d'aquí s'activen els components adaptatius, que és el que emocionalment fa que la persona pugui fer front a aquesta situació estressant. A més, hi ha un component de suport, que són les ajudes que té. Segons com es treballi el component adaptatiu farà que la persona reaccioni en un futur de forma més automàtica i inconscient o, al contrari, que la persona respongui de forma més conscient i intencionada.

El present treball està concebut per comprendre quins elements psicosocials – components estressors i components de suport– poden afectar a les estudiants que presencien la vivència de la mort de malalts geriàtrics terminals en el primer període de pràctiques en un centre sociosanitari.

S'ha dissenyat un estudi descriptiu transversal quantitatiu, de caràcter exploratori, per tal de descriure la freqüència i algunes característiques psicosocials al voltant de la mort en estudiants d'infermeria en el seu primer període de pràctiques, tant a nivell personal com a nivell professional.

La mostra de l'estudi són 65 estudiants, la majoria són dones d'entre els 18 i els 29 anys –més d'un 90%–. Els resultats indiquen que un 80% dels futurs professionals estudiats han patit la mort d'alguna persona significativa al llarg de la seva vida; d'aquests, gairebé un de cada quatre presenta dol complicat.

Quant a la vivència de mort en les pràctiques, el 83% l'ha experimentat. Tot i aquest elevat percentatge, no totes les experiències tenen una connotació negativa. En prop de la meitat dels casos, les morts són percebudes com una experiència enriquidora i natural.

Els components estressors més impactants que les estudiants han viscut durant les pràctiques per la mort d'alguna persona malalta són: la reacció de la família del finat, el patiment que es genera al seu voltant, algun signe o símptoma físic experimentat pel malalt al final del procés, i la pròpia reacció emocional.

Els components de suport expressats són: saber gestionar les pròpies emocions, tenir més formació sobre relació d'ajuda i empatia, tenir més formació en control de símptomes i comunicació, per atendre usuaris –tant malalts com familiars- i que algú els informés i orientés en el procés.

Altres resultats a tenir en compte són que la població estudiada té més preocupació o inquietud per la mort i el procés de morir de la persona estimada i menys per la pròpia mort. A més, tot i que la meitat no hagués escollit geriatría com opció a les primeres pràctiques clíniques, gairebé tot el grup estudiat ho recomanaria després d'haver viscut l'experiència.

Les implicacions pràctiques d'aquest estudi porten a pensar que es pot reorientar la informació i preparació que es dona a les estudiants d'infermeria abans del primer contacte amb la realitat dels centres socio-sanitaris, així com també el paper de formació i suport que pot fer tant la persona tutora de pràctiques com les infermeres de referència dels diferents centres.

En conclusió, caldria dissenyar estratègies formatives i de suport entorn a la preparació psicològica personal de l'estudiant; entorn a l'acompanyament, les cures pal·liatives i el dol; i valorar la seva eficiència en el futur.

---

<sup>1</sup> Com que la majoria d'estudiants d'infermeria són dones, es creu convenient utilitzar l'article en femení davant la paraula estudiants durant tot el treball.

## Abstract

Death and dying are frequent among the elders, and also in the health, socio-health, and social resources mainly looking after old persons. Even being a natural process in our lifetime, death and dying still cause reject, frightening, anxiety, and sadness in our cultural and social context. In this context, the nursing students are especially vulnerable to death experiences, as members of society, and also because during their training process are in close contact with dying patients and their families.

In the first period of practical clinical training, nursing students need to face previously unknown experiences to them, as the relationship conflicts within the teams and insecurity about their competences to face complex needs of patients. Nevertheless, the most stressful impact is due to the end of life care. Additionally, some of these students could have personal-familiar experiences of death and dying that could influence their response.

Facing a difficult experience, stress is a component which can turn up the response, activating the adjustment mechanisms, which empower he's or her resources, and facilitate the emotional response to stress, added to external support. The further responses to stressful experiences depend on the lessons acquired previously, ranging from more or less conscious and intentional processes.

This survey is oriented to identify and understand which components and factors can determine the response of nursing students sharing dying processes of geriatric terminal patients attended in socio-health centers.

We have designed and conducted a descriptive-quantitative transversal study to explore and describe the frequency and some psychosocial characteristics of the impact on the experience of looking after dying patients by nursing students in their first period of care practicum.

The sample consists in 65 nursing students, most of them are female between 18-29 years old -90%-. The results show that 80% of students have suffered death of a significant close person and, among these, 25% have experienced complicated bereavement. 83% of the students had a death experience in their practicum in socio-health centers. In near half of cases, the experience has been felt as a natural and enriching experience.

The most stressful factors are related to the reactions of relatives, the suffering around patients and families, some symptoms of patients, and their own individual emotional response.

The factors considered more helpful were own emotional management, the need of training about counseling, communication, symptom control and empathy to look after patients and families, and the need of being informed, oriented, and supported during the process of care.

Some additional results show that the students are more worried and frightened by the death of a beloved person than by their own death, and although half had not chosen the first option as geriatric clinical practice, most of the group studied would recommend having lived the experience to other students.

Some of the conclusions and practical recommendations after this study suggest that the emotional personal training and the information and training on end of life care will be useful prior to the practicum, and also the of support from tutors and senior reference nurses in their practicum. The development of personal, palliative and bereavement care training and support strategies could be implemented and evaluated as further steps.

# Índex

pàg

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓ</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICACIÓ</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>MARC TEÒRIC</b>	<b>18</b>
3.1	La mort	18
3.2	El procés de morir	19
3.3	Processos emocionals	22
3.3.1	Impacte emocional	22
3.3.2	Procés adaptatiu	24
3.3.3	Dol	26
3.3.4	Competència personal percebuda	30
3.4	Les persones grans i la discriminació per raó d'edat	31
3.5	Els professionals d'infermeria i la mort	35
<b>4</b>	<b>OBJECTIUS D'INVESTIGACIÓ</b>	<b>40</b>
4.1	Objectiu general	40
4.2	Objectius específics	40
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA D'INVESTIGACIÓ</b>	<b>41</b>
5.1	Disseny	41
5.2	Població i mostra	41
5.3	Mètode de recollida de dades	41
5.4	Variables	42
5.5	Procediment	46
5.6	Cronograma	46
5.7	Criteris d'anàlisis estadístics	46
5.8	Aspectes ètics i deontològics	46
<b>6</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>48</b>
6.1	Dades sociodemogràfiques i experiència personal de pèrdua	48
6.2	Experiència professional de pèrdua per mort d'usuaris	51
6.3	Preocupacions i nivell de competència percebuda	57
6.4	Aspectes de discriminació per raó d'edat	60

<b>7</b>	<b>DISCUSSIÓ</b>	<b>62</b>
7.1	Dades sociodemogràfiques i experiència personal de pèrdua	62
7.2	Experiència professional de pèrdua per mort d'usuaris	64
7.3	Preocupacions i nivell de competència percebuda	68
7.4	Aspectes de discriminació per raó d'edat	71
7.5	Aportacions del treball	74
<b>8</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	<b>77</b>
<b>9</b>	<b>REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES</b>	<b>79</b>
<b>10</b>	<b>ANNEXOS</b>	<b>85</b>
10.1	Annex I- Quadern de recollida de dades (QRD)	85
10.2	Annex II- Informació llegida abans del QRD	92
<b>11</b>	<b>AGRAÏMENTS</b>	<b>93</b>



## Llistat de taules

pàg.

<b>Taula 3.1</b>	Mites i realitats de les persones grans	34
<b>Taula 6.1</b>	Distribució per grups d'edat i sexe	48
<b>Taula 6.2</b>	Distribució dels graus de parentiu de les persones significatives mortes	50
<b>Taula 6.3</b>	Distribució del nombre d'estudiants segons patir dol complicat (IDC > 25) i sexe	51
<b>Taula 6.4</b>	Severitat de diferents causes d'impacte davant la mort (n=63)	53
<b>Taula 6.5</b>	Distribució del nombre d'estudiants segons severitat d'impacte	53
<b>Taula 6.6</b>	Distribució del nombre d'estudiants segons severitat d'impacte i experiència de mort d'usuaris a les pràctiques	54
<b>Taula 6.7</b>	Ordre d'importància valorada de diferents ajudes davant la mort (n=63)	55
<b>Taula 6.8</b>	Distribució del nombre d'estudiants segons nivell d'ajuda percebut	56
<b>Taula 6.9</b>	Distribució segons subescales de preocupació o inquietud de Collett-Lester en % (n=65)	58
<b>Taula 6.10</b>	Distribució segons categories de l'escala de competència personal de Walston (n=64)	59

## Llistat de figures

pàg.

<b>Figura 6.1</b>	Distribució del nombre d'estudiants en base a l'experiència personal de mort d'una persona estimada	49
<b>Figura 6.2</b>	Distribució del nombre d'estudiants respecte el número de morts de persones significatives	49
<b>Figura 6.3</b>	Distribució en base a patir dol complicat (IDC > 25) (n=53)	50
<b>Figura 6.4</b>	Distribució del nombre d'estudiants per número de morts succeïdes durant el primer període de pràctiques	52
<b>Figura 6.5</b>	Distribució dels estudiants que han viscut la mort d'una persona usuària segons si han presenciats el moment de la mort (n=54)	52
<b>Figura 6.6</b>	Importància d'ajuda percebuda segons si s'ha fet un (M2) o dos (M1) períodes de pràctiques	55
<b>Figura 6.7</b>	Valoració dels elements d'ajuda percebuda segons si han viscut la mort d'una persona usuària o no (n=63)	56
<b>Figura 6.8</b>	Distribució del nombre d'estudiants segons si han viscut la mort d'una persona usuària o no i la percepció de preparació psicològica o emocional per tenir cura de persones grans en situació de malaltia avançada i terminal	60
<b>Figura 6.9</b>	Distribució del nombre d'estudiants segons l'elecció o no prèvia a realitzar les pràctiques en l'àmbit de la gent gran. I recomanació després de l'experiència de pràctiques	61

## Llistat de sigles i abreviacions

<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>EAPC</b>	European Association for Palliative Care
<b>ECL</b>	Escala de por a la mort i al procés de morir de Collett-Lester
<b>ECPP</b>	Escala de Competència Personal Percebuda elaborada per Wallston
<b>EUCS</b>	Escola Universitària de Ciències de la Salut
<b>DE</b>	Desviació Estàndard
<b>IDC</b>	Inventari de dol complicat
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>OMS</b>	Organització Mundial de la Salut
<b>QRD</b>	Quadern de recollida de dades
<b>SECPAL</b>	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
<b>TEPT</b>	Trastorn per estrès post-traumàtic

Als meus pares Antonio i Josefa,  
als meus germans Montserrat, Màrius i Anna,  
als meus fills Clara i Pau,  
al meu marit Xavier,  
moltes gràcies per ser els meus companys i mestres  
d'aquest mestratge que és la vida!  
No sé si mai em donareu el títol.  
Però millor... així no s'acaba...  
així podrem junts anar fent camí!

*Ubuntu kiatut*  
[Unió imperfecció]<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Traducció lliure de dos conceptes africans

# 1 Introducció

En la cura a les persones properes a la mort aconseguir la serenitat i morir en pau són objectius primordials. Per això és important que les persones que atenen a aquest grup de població tinguin les eines necessàries per a poder ser el màxim d'efectives, doncs la mort impacta a tots els implicats: usuaris, familiars i equip de professionals.

*Ubuntu* és un concepte africà de la comunitat Xhosa. Significa compassió, vincle universal, solidaritat, cooperació, empatia. Si un té *ubuntu* cuida els altres des de la pròpia essència del ser humà. A més, per poder oferir serenitat és necessari aconseguir-la primer (Bayés, 2010).

Diverses són les persones que han investigat en el nostre context per veure quin impacte té la mort, quin malestar i quin temor provoca la percepció d'una amenaça real o imaginària a la pròpia existència, i com garantir millor la formació adequada als futurs professionals d'infermeria. Una preparació que ajudés, entre altres aspectes, a manejar les emocions i el patiment que genera el tenir cura en el procés de morir (Busquet, Pujol, 2001; Colell, 2003, 2004, 2005, 2006; Tomás-Sábado, Aradilla, 2001; Tomás-Sábado, Guix, 2001; Tomás-Sábado, 2002; Schmidt, 2009; Limonero, *et al.* 2010; Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla, 2011). L'ansietat davant la mort es veu afavorida en la nostra societat perquè tracta aquest tema com un tabú. I, encara que és important per a tots els éssers vius, és especialment rellevant per als professionals sanitaris, que presencien la mort o la seva amenaça en la seva quotidianitat, i davant la qual molts es troben desprotegits i amb falta de formació (Bayés, *et al.* 1999).

La mort comporta pèrdues, i aquestes provoquen respostes emocionals en les persones que les pateixen. Es tracta del dol, que té, entre molts altres condicionants les circumstàncies particulars de com va ser el moment de la mort, el recolzament rebut en els primers moments i les primeres respostes d'afrontament utilitzades (Payàs, 2010). Per això, és important focalitzar l'atenció a com les estudiants d'infermeria viuen les primeres experiències de processos de morir i mort, i quines decisions es prenen en aquests primers moments. Un bon aprenentatge pot condicionar molt el seu futur professional, i millorar la capacitat de fer front a altres situacions al voltant de la mort i del procés de morir.

En les estudiants d'infermeria, la formació pràctica exigeix un esforç emocional i

d'habilitats important, que pot crear un estrès més acusat durant les primeres experiències clíniques. La cura de persones usuàries durant la fase terminal i la mort, i la tolerància al patiment de pacients i familiars, són de les experiències percebudes amb més càrrega d'estrès (Benbunan, *et al.* 2005). Davant d'aquestes amenaces de l'entorn hospitalari o clínic, que desestabilitzen els recursos propis de l'individu i que desequilibren el benestar personal, el maneig dels recursos de les estudiants i de la pròpia pressió emocional -l'estrès- és una de les bases per fer front a les necessitats dels usuaris. Paral·lelament a aquestes situacions que potencialment són amb alts nivells de pressió emocional, se suposa que les estudiants han de fer un treball d'integració d'allò après a les aules i de les competències relacionades amb els objectius d'aprenentatge del període de pràctiques. I difícilment es pot fer un treball cognitiu d'aprenentatge eficient si hi ha un grau elevat de pressió emocional al lloc de les pràctiques.

## 2 Justificació

El primer període de pràctiques de les estudiants d'infermeria de la Universitat de Vic, el Practicum I, es realitza en una unitat residencial o sociosanitària, essent per a molts estudiants el primer contacte amb el tenir cura de persones grans i, per alguns, el primer contacte amb la mort.

En el seguiment de les pràctiques, fent la tutorització de diferents estudiants, s'observa que no sempre la mort és comentada com un incident crític. A vegades és una experiència minimitzada -“no passa res”, “ja soc forta”, diuen- per evitar despertar emocions difícils. En altres, s'observa una reexperimentació espontània, com un aspecte transferencial de l'experiència de l'estudiant amb cert descontrol o impacte emocional. Llavors connecten amb l'experiència personal - “em sento culpable per la meva àvia...”, “és que jo a casa...”, són frases que diuen- i després d'una emoció continguda, pot esclatar el plor.

Aquestes reaccions són per evitar el contacte amb la mort? A què hi ha por, a la pròpia mort? Al procés de morir de la persona que s'atén? Quines vivències afecten aquesta ansietat davant la mort i la malaltia terminal? Hi ha menys intensitat d'ansietat pel fet que els usuaris són persones grans? Se senten preparades les estudiants per afrontar situacions properes a la mort? Les estudiants han tingut temps de crear vincles amb les persones usuàries que han mort? Quina funció té tot aquest patiment? Identificar i atendre pèrdues del passat no elaborades, pot ajudar a fer un millor acompanyament als usuaris? Aquestes i moltes altres preguntes sorgeixen a l'hora de reflexionar entorn la mort. En aquest treball s'intenta donar llum a algunes –no totes– d'aquestes qüestions.

A partir de l'observació dels comentaris d'algunes alumnes de pràctiques abans descrits, es planteja l'oportunitat d'explorar i de conèixer quin impacte provoca la mort a les futures professionals, i quins elements hi ha al seu voltant que afavoreixen o no una vivència més enriquidora, així com el què opinen i viuen. Un cop obtinguts els resultats, es podrà valorar si les actuals línies formatives són adients i responen a les necessitats de les alumnes, o si cal reorientar algunes actuacions acadèmiques abans, durant i/o després del primer període de pràctiques per tal de facilitar al màxim l'aprenentatge i l'adaptació davant situacions al voltant de la mort.

Hi ha documentada la complexitat de les respostes humanes davant la mort. Neimeyer proposa avançar cap a investigacions més significatives i integrals sobre el paper de les actituds davant la mort en la vida. Proposa avançar per anar matisant les actituds cap a la mort de forma multidimensional, i de manera que tingui aplicabilitat i utilitat a la pràctica professional i en contextos clínics. Aconsella també buscar la relació entre les actituds davant la mort, les respostes davant el dol i la representació posterior de les relacions íntimes, essent aquest darrer aspecte una altra de les complexitats de la interacció entre la pèrdua real o imminent i les actituds cap a la mort a nivell individual (Neimeyer,1997).

Neimeyer, des d'un punt de vista constructivista, considera que els processos psicològics de les persones necessiten fonamentalment l'anticipació significativa d'esdeveniments per poder-se adaptar als diferents significats que les persones poden donar a la mort. Això pot permetre el desenvolupament de constructes que tinguin implicacions constructives o destructives per a cada individu (Neimeyer, 1987) en el futur.

D'aquí la importància d'anticipar-se a les situacions altament impactants mitjançant programes educatius i experiències vivencials que puguin disminuir la preocupació per la mort, però sobretot que puguin millorar les competències dels futurs professionals. Aquests han de fer front a la mort d'usuaris, al patiment de totes les persones implicades -usuaris, familiars, equip de treball- i han de col·laborar amb l'atenció psicosocial a acceptar la vida que cadascú ha viscut. Això permetrà a tots els implicats fer front a la mort amb quelcom de pau, equanimitat i acceptació (Breitbart, 2010).

Les cures pal·liatives tenen com a objectiu, entre altres, ajudar a acceptar la mort, evitant el patiment evitable i acompanyant el sofriment inevitable. A més, ofereixen el confort -mitjançant el control de símptomes, la comunicació i l'atenció global- i la seguretat necessàries per una mort d'acord als valors i preferències personals, i que l'experiència de les persones properes a la mort sigui de vida (Ferris, Gómez-Batiste, Fürst, Connor, 2007). Tot l'anterior, amb una organització de millora contínua, definint les principals activitats, pràctiques, guies de tractaments, resultats i estàndards que ho permetin assegurar.

Tot i que hi ha hagut un gran desplegament en l'oferta de les cures pal·liatives dins els serveis generals de salut, la gent gran encara forma part d'un dels grups vulnerables de la societat, que no té el mateix tracte ni pot accedir amb facilitat als serveis de cures pal·liatives durant els últims anys-mesos de la seva vida. Hi



ha evidència suficient de la infravaloració i infratractament de símptomes com el dolor en els hospitals i les residències (OMS, 2004). Tal com recomana l'Organització Mundial de la Salut, cal que els sistemes nacionals de salut treballin per millorar l'accés de tots els grups de la societat, i que es promogui la disseminació de les bones pràctiques en les cures pal·liatives especialment en els grups vulnerables (poblacions econòmicament deprimides, alguns grups ètnics, persones grans, nens i adolescents).

Aquest és un altre raonament pel qual s'ha cregut convenient elaborar el present treball, ja que el futur demanarà al col·lectiu de la professió infermera estar ben preparat per acompanyar aquests processos de final de la vida i evitar patiments innecessaris als usuaris, que amb l'augment de l'esperança i qualitat de vida cada vegada són més nombrosos en les nostres societats, i a totes les persones del seu entorn.

Li cal a la infermeria una sèrie d'habilitats, intervencions i activitats que tenen a veure amb diferents dimensions psicosocials, que van més enllà de la cura exclusiva del cos físic. Cal estar preparat per oferir el millor, especialment a un col·lectiu massa vegades oblidat, el de la gent gran (Saunders, 2003).

Els objectius del treball que aquí es presenta s'emmarquen plenament en les recomanacions facilitades per Neimeyer en temes d'ansietat davant la mort i en les directrius de l'OMS. Per una banda, es pretén explorar les pèrdues personals i l'existència d'un possible dol complicat de les estudiants. Per l'altra, descriure la vivència de la mort a les primeres pràctiques en centres sociosanitaris, identificar les ajudes i els elements d'impacte que les estudiants creuen que tenen, així com també conèixer el grau de competència percebuda i el nivell de preocupació o inquietud cap a la mort i el procés de morir. S'espera que els resultats indiquin què ajuda i què limita del que està oferint el sistema docent actual.

## 3 Marc teòric

### 3.1 La mort

La mort significa la cessació de la vida. El morir és deixar de viure, acabar-se, arribar a la fi, arribar a la mort. Biològicament, per a una persona la mort és conseqüència de l'aturada de les funcions respiratòries, cardio-vasculars i encefàliques.

El termes mort i morir no són sinònims. Com s'ha dit, la mort és la cessació absoluta de les funcions vitals de qualsevol ésser viu, mentre que el morir és el procés pel qual s'arriba a la mort. El morir es pot considerar un concomitant de desenvolupament del viure, un continu des del naixement fins a la mort.

A part del fet biològic de la mort, que s'aplica als animals i vegetals, s'ha de tenir en compte la dimensió social i cultural que varia segons el moment històric, les costums, creences i codis de la societat. En aquest sentit, actualment altres connotacions de la paraula mort són fi, destrucció, anihilament, ruïna, que fa sofrir enormement, cosa summament ingrata o insofrible.

Històricament, des de l'antiguitat fins a l'edat mitjana, la mort era un fet molt familiar i domèstic, per això es considerava com "domada" i familiar (Ariès, 2011). Des dels segles XII al XV la mort era quelcom personal, la "d'un mateix". En canvi al s. XIX era rellevant "la mort de l'altre", i al s. XX la mort era un fet "negat", cosa que perdura encara. En un món sotmès al canvi, l'actitud tradicional davant la mort apareix com un trencadís d'inèrcia i de continuïtat. Està tan difuminada en els nostres costums, que cada vegada ens és més difícil comprendre-la i imaginar-la. L'actitud antiga davant la mort feia que aquesta es visqués d'una forma pròxima i familiar, molt oposada a l'actual que, en general, provoca tanta por, que no es gosa ni pronunciar el seu nom. Ariès afirma que les actituds respecte a la mort són indicatives del coneixement que una persona té d'ella mateixa, i que depenen de la concepció que cada individu té del que és ser persona i de com es relaciona amb la seva comunitat, amb el món i amb Déu (Ariès, 2011).

Actualment vivim en una cultura que nega la mort i fa del fet de morir un tabú. La negació i l'oblit són les actituds més usuals, que generen tota una sèrie de conseqüències, com són la manca d'educació i preparació per afrontar-la amb

menys patiment, l'aïllament de les persones que estan en el procés final de la vida, la falta d'atenció i consideració als desitjos i a les voluntats de les persones en aquesta situació, i l'absència d'interès i d'esforç en la investigació del propi procés (Cruz, García, 2007).

Afrontar la situació en què l'horitzó és la pròpia desaparició requereix tot un procés adaptatiu i d'apropament que, en funció dels condicionants de vida de la persona, les seves experiències i les vivències vitals, serà d'una manera o altra. El procés de fi de vida és quelcom individual i particular, i dependrà de com es presenti físicament i de les circumstàncies biogràfiques, culturals, socials, emocionals, creences i sentiments. També dependrà de quin sigui el sentit vital de cada individu.

Des d'un punt de vista espiritual es reconeix àmpliament que la mort no és horrible i que es pot plantejar com a pretext per a una meditació sobre la fragilitat de la vida. Per tant, que no és més que un mitjà per a viure millor (Ariès, 2011).

A qualsevol edat es pot sentir temor i ansietat davant la idea de deixar de ser, i això representa quelcom inimaginable. Pot comportar la separació definitiva de persones amb qui hi ha unió i vincle afectiu, i que a més poden donar sentit a l'existència personal (Blanco, Antequera-Jurado, 1998). Les persones grans tenen les mateixes actituds davant la mort que persones d'altres edats. Tot i això, el seu comportament adquireix un sentit més real i concret perquè perceben que el temps de vida és més limitat per a elles. Per tant, cal qüestionar la justificació teòrica que suposadament es fa de la persona gran, segons la qual aquest col·lectiu té una més gran acceptació de la seva pròpia mort.

A nivell conceptual hi ha un món infinit de possibilitats, tant si la mort s'aborda des d'un marc cultural i social, com des de la perspectiva individual. En funció de quin significat es dóna a la vida, la mort adquireix un significat especial. Les actituds i comportaments davant la mort varien significativament.

### **3.2 El procés de morir**

Des d'un punt de vista de salut, la malaltia, el patiment i el procés de morir han estat motiu d'interès i estudiats des de diferents perspectives. Autors clàssics com Colin Murray Parkes (1957), Cicely Saunders (1965), o Elisabeth Kübler-Ross (1969), entre altres, han posat la mirada en aquesta part de la vida, la malaltia i el procés adaptatiu de morir. Per veure des de diferents angles, què és el què passa

des d'una perspectiva multidimensional, i què és el que es pot fer per millorar el patiment innecessari i l'adaptació a la situació de les persones implicades, no tan sols la persona malalta si no el seu entorn afectiu relacional, els seus estimats, i l'equip de professionals que l'està atenent.

### **Les cures pal·liatives**

El nom de Cicely Saunders és sinònim a la creació del moviment hospice. *Watch with me* "mira amb mi" (Saunders, 1965) va ser la inspiració per a crear el St. Christopher's hospice l'any 1967. D'aquí va sorgir l'espurna que va donar moviment a les cures pal·liatives a la resta del món.

Parkes, enfocà els aspectes psicològics no tan sols des de la por i l'ansietat del malalt si no també incloent la família i l'equip terapèutic, i el suport als qui recolzen i ajuden a malalts i familiars. Amb una responsabilitat compartida i fent èmfasi en que les relacions humanes siguin valorades i es fomentin des de l'escolta i el "tenir temps" per als vulnerables i, també, per a cuidar cadascú el seu ser (Parkes, 1980).

Kübler-Ross en el 1969 va escriure sobre la por a morir i la seva experiència de treball amb malalts moribunds durant dos anys i mig. Assegurà que en el nostre inconscient, des d'un punt de vista d'una psiquiatra, la mort mai es pot acceptar. D'aquí parteixen gran part de les dificultats individuals.

A part de descriure les cinc conegudes fases d'afrontament en el recorregut del procés del diagnòstic a la mort, l'autora ja comentà que les fases no se substitueixen, sinó que a vegades poden coexistir. També posà de manifest que cada membre de la família del malalt té el seu procés i passa per fases i etapes similars.

La conclusió a la qual arribà després d'haver treballat durant dos anys i mig amb malats terminals és que aquests tenen necessitat de compartir algunes de les seves preocupacions amb els professionals que els atenen. Es tracta especialment de parlar de la seva pròpia mort i de les tasques que tenen pendents a la vida. Per tant, demanen que els professionals tinguin un comportament compassiu amb ells, i denunciïn que els tractin com si fossin infants i que no se'ls tingui en compte a l'hora de prendre decisions importants respecte a la seva vida.

Kübler-Ross afirmà que cal una certa maduresa personal per afrontar algunes qüestions a fons amb els malalts, i que alguns dels professionals que havien

assistit als seus seminaris no sols tenien menys ansietat davant dels malalts sinó que estaven més tranquils davant la seva pròpia mort (Kübler-Ross, 1989).

El desenvolupament de les cures pal·liatives ha facilitat una millor comprensió del procés crònic evolutiu i ha identificat necessitats específiques dels usuaris en aquestes situacions (Gómez-Batiste, Espinosa, Porta-Sales, Benito, 2010). Els objectius fonamentals de les cures pal·liatives són la disminució del patiment evitable i l'adaptació en el patiment inevitable. Promovent el benestar, la dignitat i l'autonomia dels usuaris, malalts i familiars. Per això les eines fonamentals són, a part del control dels símptomes i la comunicació, l'ètica clínica i els canvis organitzatius -com l'ús de la planificació anticipada de les cures i la gestió de casos-, que orientin les actuacions professionals més cap a l'autonomia i a la potenciació de les capacitats reals dels usuaris.

Hi ha experiència i evidència tant de mesures generals possibles en tots els serveis de salut com de dispositius específics de cures pal·liatives amb equips especialitzats: des dels anys vuitanta en que hi van haver les primeres iniciatives a l'estat espanyol, fins al projecte demostratiu de la OMS de cures pal·liatives de Catalunya (1990-1995), al "plan nacional de cuidados paliativos", i la "estrategia nacional de cuidados paliativos del sistema nacional de salud". Són tots ells indicadors de respecte i lluita per a la dignitat de les persones en situació de vulnerabilitat (Gómez-Batiste, Espinosa, Porta-Sales, Benito, 2010).

De totes maneres, les persones grans, són un col·lectiu amb especial vulnerabilitat al que no sempre se li reconeix el dret al confort.

Amb l'objectiu de donar a conèixer i de plantejar la necessitat de pal·liar millor o de millorar les cures pal·liatives, al col·lectiu de les persones grans, l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2011) recomana:

- Que es reconeguin les implicacions del sistema públic de salut davant el grup de població de gent gran amb necessitats pal·liatives, tant a la comunitat i a les residències, com als hospitals i a les unitats de cures intensives.
- Que es desenvolupin estratègies que incloguin específicament les necessitats de la gent gran en relació a qualsevol malaltia i/o demència, tenint en compte les condicions de llarga durada i la múltiple morbiditat.
- Que aquestes estratègies construeixin i desenvolupin coneixement en aquesta àrea i amb qualsevol malaltia, i que els professionals tinguin suport per actualitzar-se en qualsevol camp de la salut que inclogui cures pal·liatives,

geriatria i salut mental. Doncs les cures pal·liatives són el cor de la formació i la formació continuada dels professionals de la salut: metges, infermeres, treballadores socials, capellans... i altres professionals de la salut.

- Assegurar que les intervencions en cures pal·liatives per a les persones grans, incloent el control del dolor, el maneig dels símptomes, les habilitats comunicatives i la coordinació de l'atenció, siguin multidimensionals i integrades dins el sistema de salut.

### **3.3 Processos emocionals**

#### **3.3.1 Impacte emocional**

L'impacte emocional es pot definir com aquella sèrie de respostes fisiològiques, cognitives i conductuals, més o menys intenses i canviants, que la persona pot manifestar davant la percepció de mort imminent, i els problemes que ocasiona aquesta situació com a resultat d'apreciar-la com amenaçant i desbordant pels propis recursos.

Per part dels malalts, els elements desencadenants d'impacte són: percepció de mort a curt plaç, por a morir sol, por a una agonia perllongada, por al patiment, angoixa per les conseqüències que tindrà la seva mort per a la família, pèrdua de control de la situació i de les seves capacitats físiques i psicològiques, pèrdua de rols -socials, familiars i laborals-, augment de dependència, i deteriorament de l'autoimatge corporal (Twycross, Lack, 1987; Limonero, 1994).

En quant a l'impacte emocional de la família, és important destacar que cada membre de la família pot reaccionar de forma diferent al mateix problema. Vivint de forma diferent l'impacte el cuidador principal d'altres membres no tan vinculats a les cures (Colell, Limonero, 2003). Algunes de les manifestacions de l'impacte emocional en la família poden ser: sentiments de culpa per la relació anterior amb el malalt, sentiments d'impotència i indefensió davant la mort, pena i tristesa, sobreprotecció, conspiració se silenci i alguns símptomes físics com pèrdua de gana, pèrdua de pes, insomni, malsons, vòmits, entre els més freqüents.

Un estudi sobre la viduïtat mostra la importància que donen les persones que han perdut la parella als últims moments de vida del seu cònjuge. Els és necessari recordar què van fer, què es van dir i com es van comportar. El personal sanitari i la família tenien un lloc preeminent en aquests moments, cosa que indica que amb una correcta formació sobre la mort i el dol, i amb el suport adequat, es

podria mitigar l'impacte de tots els implicats i contribuir a què trobessin factors d'ajuda (García-García *et al*, 1996).

En relació als factors desencadenants d'impacte emocional en l'equip assistencial poden ser (Colell, 2005): inestabilitat emocional d'algun membre de l'equip, impotència davant les adversitats – un nou símptoma, descontrol d'un ja controlat prèviament, etc.-, individualisme, conspiració de silenci pactada -implícita o explícitament entre l'equip terapèutic i la família-, poca formació professional sobre l'atenció al malalt terminal, inadequat control de símptomes, i paternalisme terapèutic.

Aquests factors, tant poden ser individuals com de l'equip, i, a la llarga, pot arribar a produir un distrés mental, estrés o cremament, com a resultat de la interacció entre els professionals i l'entorn laboral. Fruit de la frustració, la impotència i la incapacitat per aconseguir els objectius en el treball.

Sobre l'individualisme, el que cal tenir en compte en la cura de les persones al final de la vida és que “No hi ha cap persona capaç per ella mateixa de poder proporcionar tota l'assistència física, mental i espiritual que requereix un malalt terminal; moltes persones hi participaran” (Twycross, Lack, 1987).

Alguns signes i símptomes del cremament, que seran més probables quan més gran sigui la confusió entre els factors individuals i els de l'equip, són: esgotament físic i emocional, sentiments de cinisme i indiferència del treball, sentit d'inefectivitat i absència de satisfacció de reptes, sobreidentificació o sobreimplicació, irritabilitat i hipervigilància, insomni, perfeccionisme i rigidesa, conductes addictives, dificultats de concentració, problemes físics i de malalties... canvis de treball freqüentment, absentisme, disminució del rendiment, conflictes interpersonals i conflictes en l'equip, entre altres (Kerarney, Weininger, Vachon, Mount, 2009).

Els autors anteriorment citats adverteixen també d'un altre dels problemes resultat de la relació entre el professional i l'usuari en situació de final de vida, és l'anomenada fatiga de compassió. Pot afectar a professionals tant d'oncologia, cures pal·liatives, psicoteràpia i trauma, doncs els clínics en aquests camp s'enfronten a molts dels mateixos problemes.

Els professionals que tenen cura de malalts terminals estan en risc tant del cremament com de la fatiga de compassió, encara que els factors desencadenants com les respostes que els mitiguen o els tracten són diferents.

La fatiga de compassió és el “cost de cuidar” als que pateixen emocionalment. Els símptomes de la fatiga de la compassió són similars i paral·lels al trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT): excitació, hipervigilància, insomni, irritabilitat, còlera, ansietat; evitació; i reexperimentació amb distrés psicològic o fisiològic en resposta als records del treball amb malalts terminals. No és una malaltia però pot debilitar seriosament i arribar a ansietat i malalties tan psíquiques com físiques.

El concepte de fatiga de compassió va aparèixer el 1992 en publicacions d'infermeria (Figley, 1995), que analitzaven les infermeres que estaven físicament esgotades de les urgències hospitalàries. Explorant les experiències d'infermeres oncològiques “exemplars”, sembla que es pot prevenir aquest esgotament engegant l'anomenat “cercle positiu de cures”, que segueix com a filosofia la importància del moment compartit infermera-usuari fent que cada encontre sigui únic, autèntic i generador d'energia (Perry, 2008).

### **3.3.2 Procés adaptatiu**

Des d'un punt de vista psicològic i adaptatiu el model descrit per Comas, pot ser d'utilitat (Comas, Javaloyes, 2000). Encara que és pensat per a la persona que està al final de la seva vida, explica de forma simplificada una situació complexa com és una situació marcada per la presència implícita o explícita de la mort.

La presència de la mort, i la malaltia -si és que hi és, i és incurable i progressa-, provoca patiment, malestar emocional i estrès psicològic de diversa intensitat. Prenent el fenomen de l'estrès psicològic com a mecanisme d'adaptació humana, i que es posa en marxa quan l'individu percep una situació amenaçant i desbordant pels propis recursos, es descriu que l'estat emocional estarà mediatitzat per l'avaluació cognitiva de la situació, la percepció subjectiva de la intensitat de l'element estressor, la percepció subjectiva dels propis recursos per afrontar-la i pel conjunt de respostes cognitives, fisiològiques i conductuals més o menys canviants que la persona manifesta davant de la situació determinada.

El sistema harmònic d'adaptació proposat per Comas (Comas, Javaloyes, 2000), integra els tres components que entren en joc en el procés: estressors, adaptatius i de suport. Davant el que la persona aprecia com una pressió o amenaça –el component estressor–, s'activen els components adaptatius. Es tracta dels recursos que l'individu té per fer front a aquesta situació. A més, hi ha el component de suport, que és el recolzament que la persona pot tenir de l'entorn afectiu proper i d'altres recursos.



Seguint el pensament de Comas (Comas i Javaloyes, 2000), en la situació de malaltia avançada i terminal, els fets estressants s'agrupen en: símptomes propis de la situació, problemes relacionats amb la família, problemes relacionats amb les pèrdues personals i percepció de la mort i el fet de morir. Donant a entendre que les quatre categories poden coexistir influenciant-se entre elles.

La valoració que la persona fa de la seva realitat depèn del bagatge personal, del moment del cycle vital en que està, i d'altres factors personals, així com també de factors situacionals com la durada, la incertesa, l'expectativa, la sensació de control i la cronologia, entre els més rellevants.

Davant d'aquestes demandes, es classifiquen les reaccions d'ajust en conductes adaptatives automàtiques, tant emocionals –sensacions i sentiments- com fisiològiques; i les conductes adaptatives intencionades de pensaments i accions que impliquen una acció voluntària per part de l'individu.

Algunes de les respostes emocionals habitualment descrites davant la mort imminent poden ser: ansietat, depressió, angoixa, desmoralització, paràlització, ira, hostilitat, ressentiment, pena, aflicció, por, pànic, inquietud, agitació, preocupació, obsessió, culpabilitat, tranquil·litat, sentit de l'humor i satisfacció.

Pensaments i accions que, com a resposta d'afrontament a la mort, tenen la intenció de minimitzar, evitar, lluitar, tolerar, resignar o adaptar-s'hi. I poden ser la negació, l'aïllament, la negociació, la regressió, la racionalització, el fatalisme, o inclús la fe.

No hi ha cap estratègia adaptativa millor o pitjor que una altra, ja que depèn del context i el moment, i dependrà de si forma part de la solució i és una ajuda, o forma part del problema i no és una ajuda. Hi pot haver reaccions adaptatives, com són la negació, l'humor, l'enuig, la por, el plor o l'esperança, mentre que pot haver reaccions maladaptatives com la culpabilitat, la negació persistent, l'enuig contra algú, l'angoixa intensa, la manipulació, les esperances irreal, la desesperació o altres (Buckman, 1998).

En funció de la relació de la persona amb els esdeveniments potencialment estressants, canvia la percepció i les conseqüents reaccions automàtiques i inconscients o, per al contrari, les conscients i voluntàries.

Qualsevol persona sotmesa a una situació estressant, inicia un procés d'ajust, d'adaptació, de restabliment de l'equilibri perdut, posant en marxa unes respostes o altres en funció de les condicions d'estrès que l'afectin. Així el component

estressor, el component adaptatiu i el component de suport, s'interrelacionen entre si i conformen el procés d'ajust.

### 3.3.3 Dol

La mort d'una persona estimada pot ser un dels esdeveniments més estressants que pot afrontar l'ésser humà. Al llarg de la vida, a part de la pèrdua d'una persona estimada o significativa, es veu desaparèixer, o es deixa de conservar, o de posseir molts altres objectes, animals, feines, hàbits, coses, valors... que es perden pel camí.

La paraula dol prové etimològicament de dos orígens llatins diferents: “dolus” de dolor i “duellum” de guerra. Se l'anomena dol, per que fa mal, i per que és un duel conflictiu dins una relació en la que hi ha un vincle afectiu. Per tant, requereix la presència de vincle, si aquest no és significatiu no hi ha experiència de dol, encara que hi hagi pèrdua.

Les funcions i la trajectòria del dol, estan íntimament relacionats amb la seva conceptualització, tant des del punt de vista clínic com cultural (Mancini, Pressman, Bonanno, 2008). Actualment, encara hi ha controvèrsia entre els models tradicionals sobre les causes, les estratègies d'afrontament i les millors atencions i cures per part dels professionals.

Payàs considera que el dol *“no és una malaltia que cal evitar o de la que un s'ha de curar...certes expressions de dol poden aparèixer com a patològiques i ser, en realitat, manifestacions totalment naturals i apropiades donades les circumstàncies particulars de la pèrdua”* (Payàs, 1998). Aquesta resposta emocional afecta totes les àrees de la persona -la física, la cognitiva, la social i l'espiritual- i com a tal, es poden trobar manifestacions normals, naturals i apropiades en totes aquestes àrees, així com en les conductes i canvis d'hàbits. Les manifestacions d'aquesta resposta emocional seran més grans quan més gran és la diferència entre l'expectativa de futur -el món que hauria de ser, la visió del món que es desitja- i la realitat en la que hom es troba, desgraciadament (Barbero, 2006).

Hi ha diferents fases o etapes en el procés del dol, descrites i anomenades de formes diferents en funció de varis autors. Cada una d'elles té les seves característiques i les seves funcions:

Kübler-Ross (1969) va descriure: negació, ira, negociació, depressió i acceptació. Parkes i Bowlby (1974) varen definir atordiment, anhel i cerca, desorganització i

desesperació, i reorganització. Neimeyer (2001) parlà d'evitació, assimilació i acomodació. Hi ha encara altres classificacions i autors, però el que és comú a totes elles és que no tothom hi passa, no tothom hi ha de passar, són cícliques i tenen anades i vingudes dins el procés, és a dir, són fases i etapes dinàmiques.

Si es miren similituds, es pot dir que totes elles tenen unes primeres etapes de lluita contra allò que fa mal i que altera més o menys greument l'expectativa de futur. Totes tenen una altra etapa de tristesa, desesperació, assimilació que és ja de "contacte" amb la realitat i que per això fa mal. I en totes apareix una última etapa d'adaptació, acceptació o acomodació que permet viure sense la persona significativa però havent incorporat un sentit actualitzat del que va representar el vincle i l'experiència amb ella. Això és, poder viure el dia a dia actual incorporant valors i nous significats de la relació amb la persona morta.

Segons algunes guies de pràctica, tots els nivells d'intervenció en dol haurien d'incloure (Richardson, 2008):

- Professionals treballant en equip interdisciplinari amb expertesa en pèrdua i dol.
- Els serveis de dol com a component base dels programes de cures pal·liatives.
- Els serveis de dol disponibles com a mínim 12 mesos o més, si és necessari, després de la mort de l'usuari.
- Valoració clínica per identificar les persones amb risc de dol complicat, o associat a depressió o a complicacions comòrbides.
- Provisió d'informació continuada sobre la pèrdua i el dol així com de la possibilitat de serveis de suport de dol o altres programes comunitaris, segons desitjos i apropiats a la cultura.
- Suport i intervencions de dol en concordança amb el desenvolupament, la cultura, les necessitats espirituals, expectatives i preferències de les famílies.
- Formació, supervisió i suport per l'equip i voluntaris proveïdors dels serveis de dol.
- Derivar a professionals de la salut amb habilitats especialitzades quan és indicat clínicament.

No existeix la suficient evidència per fer cap recomanació definitiva doncs la majoria d'estudis tenen moltes limitacions. De totes maneres hi ha autors que aconsellen, després de la revisió de 27 estudis, en primer lloc assessorar individualment; després, participar en grups d'autoajuda o dirigits per professionals, i en últim lloc, la intervenció familiar. Paral·lelament, estandarditzen

una intervenció mitjançant tècniques generals –l'anomenen tècnica REFINO: relació, escolta, facilitació, informació, normalització i orientació– i tècniques específiques, i dissenyen un assaig clínic aleatoritzat. En aquest assaig hi ha un grup en què intervenen metges formats i un grup-control en què no s'intervé de forma específica. Un dels problemes ja descrits en la limitació del disseny de l'estudi és que els metges del grup-control dediquen un temps “inespecífic” però terapèutic en sí mateix, que pot fer variar els resultats (García-García, *et al.*2007).

Sempre que la persona en dol tingui els recursos tant interns com externs adequats per a fer front a la situació, no cal plantejar cap tipus d'intervenció específica (Gil-Julià, Bellver, Ballester, 2008). Per tant, i així ho demostren les principals revisions existents a la literatura, no s'hauria de pressuposar que la intervenció específica en dol és sempre necessària ni eficaç per a totes o la majoria de les persones en dol. S'hauria de fer un esforç per adaptar les intervencions al gènere, personalitat, antecedents, recursos i necessitats percebudes de cada subjecte.

La majoria de programes i protocols de dol estan fragmentats, són inconsistents i molt variables. Es considera que s'hauria de fer un esforç per començar l'atenció al dol abans de produir-se la mort de la persona estimada identificant ja les necessitats, capacitats i factors de risc; acompanyar en els aspectes pràctics just abans de la defunció i al voltant dels rituals d'acomiadament; i continuar després, si és necessari.

De tota manera, en qualsevol intervenció o tècnica, és essencial la individualitat i escollir el moment oportú.

### **Dol complicat**

Hi ha qui l'anomena també anormal, traumàtic, disfuncional, patològic o retardat. És aquell trastorn que passa després de la mort d'una persona significativa, en el que l'experiència del patiment que acompanya al dol -que no segueix el curs normal-, es manifesta amb un deteriorament funcional en la vida de les persones que l'experimenten (NANDA, 2010).

Hi ha confusió entorn la prevalença i les característiques dels dols complicats, utilitzant diferents taxonomies. El que a la pràctica es pot veure, i això ho suggereix la literatura empírica disponible, és que hi pot haver una resposta mínima al dol, amb un patró en el que el funcionament es veu distorsionat temporalment, i en un o dos anys gradualment es torna a la situació basal. I un

altre patró crònic, en el que el funcionament normal es veu alterat durant varis anys.

El dol complicat finalment ha estat inclòs recentment en la classificació del DSM.-V malgrat les dificultats d'arribar a un consens en els criteris diagnòstics.

Segons la Taxonomia Diagnòstica NANDA d'infermeria (NANDA, 2010) es concreten les següents característiques definitòries: hi pot haver disminució en el desenvolupament dels rols vitals, reducció de la sensació de benestar, verbalització de sentiments varis -pena, atordiment, buit, xoc, còlera, desvinculació, desconfiança, incredulitat, auto culpabilització, enyorança, ansietat, tristesa-, somatització de símptomes de la persona morta, fatiga, evitació del dol, patiment emocional persistent, i ansietat, entre els més habituals.

El trastorn causa un important deterior en la vida social, laboral o d'altres activitats, i la durada del trastorn és d' almenys 6 mesos. La traducció i adaptació a l'espanyol dels criteris i símptomes de Prigerson (1999) de malestar per la separació i de malestar traumàtic ha estat d'una gran ajuda (García-García, Landa, Trigueros, Gaminde, 2005). El dol complicat s'associa a problemes de salut com són depressió, ansietat, abús d'alcohol, consum de fàrmacs, increment de l'ús de recursos sanitaris, augment de la mortalitat dins el primer any, i suïcidi (Payàs, 2007).

Entorn a la prevalença hi ha dificultats en els percentatges degut a les dificultats de consens en el diagnòstic. Una dada aproximada podria ser entre un 10 -20%, essent d'un 7,4% en una mostra de persones grans (Barreto, Yi, Soler, 2008).

Els predictors de risc permetrien identificar amb més probabilitat les persones que puguin necessitar recolzament, suport o atenció més especialitzada després de la pèrdua d'una persona estimada, i així anticipar qui pot tenir amb més probabilitat dificultats en la resolució del dol. De tota manera hi ha pocs estudis, i la majoria dels predictors són el resultat del consens de diversos autors.

Les pèrdues secundàries associades, com poden ser, la pèrdua de la salut, pèrdues econòmiques o de seguretat financera, trasllat forçós i sobrecàrrega per aspectes pràctics o legals relacionats amb la mort, són altres factors situacionals que afecten i poden distorsionar un procés normal de dol.

Les persones que prèviament al dol presentaven problemes mentals, pèrdues anteriors i traumes no resolts poden tenir més dificultat en la resolució.

La salut, la funcionalitat, la mortalitat i el risc de suïcidi són riscos reals en les persones que pateixen un procés de dol, sobretot si és complicat. De tota manera caldria més investigació amb paràmetres previs i bioquímics.

És necessari comptar amb instruments d'avaluació que permetin diferenciar les reaccions normals de les que no ho són, per poder intervenir i facilitar l'ajust a la pèrdua de les persones; així com també per a preveure la planificació de les intervencions. L'Inventari de Dol Complicat (IDC) n'és un que els autors han validat al castellà (Limonero, *et al.* 2009).

Una intervenció no adequada pot anar en contra de l'evolució del dol (Payàs, 2007, 2010). La identificació de grups d'alt risc és clau per tal de dissenyar intervencions més especialitzades i preventives de dol complicat, des de les fases més inicials –xoc, rebuig o evitació-, a les fases més avançades –entrega al dolor i integració-. Calen professionals amb formació específica per a dirigir la teràpia de dol, i de dol de risc o dol complicat, alhora que guies o protocols d'intervenció amb pautes concretes i diferenciades segons l'àmbit i situació (Espinosa, *et al.* 2008).

### **3.3.4 Competència personal percebuda**

Hi ha molts processos cognitius emocionals que podrien servir per atenuar les emocions de la por i de l'ansietat com la competència percebuda, l'autoeficàcia o la intel·ligència emocional.

Tot i que a vegades es confonen i s'utilitzen de forma igual, l'autoeficàcia és una creença sobre la pròpia capacitat de portar a terme una determinada tasca, mentre que la competència personal percebuda és una creença també sobre el control que un subjecte disposa, a través del seu comportament, sobre l'entorn. L'individu es creu que sortirà airós de les situacions a les que es vegi sotmès.

Es diferencia la competència personal percebuda de l'autoeficàcia en que aquella no avalua el control percebut en un moment concret, no defineix les accions específiques que fa l'individu i valora tant el que l'individu es creu capaç de fer com les conseqüències que les seves conductes tenen en el seu entorn, alhora.

La puntuació de l'escala de competència personal percebuda (ECP) (Fernández-Castro, *et al.* 1998) correlaciona negativament amb constructes de desajust, desadaptació o estrès. Per tant, sembla que persones amb alts nivells de competència personal percebuda, tindran protecció manifestant menys preocupacions relacionades amb la mort, pararan menys atenció als estímuls

generadors d'ansietat davant la mort, valoraran com a menys amenaçant aquelles situacions font potencial d'ansietat i aplicaran estratègies d'afrontament eficaces per a la bona gestió de les emocions (Limonero, *et al.* 2010). A més competència personal percebuda, varis estudis mostren que hi ha més autoeficàcia enfront a la mort (Colell, 2005; Limonero, *et al.* 2010), això ens porta a pensar que les capacitats generals de la persona tenen relació directa amb l'afrontament de la mort. Es a dir, la capacitat d'afrontar la mort en un futur professional, vindrà determinada, entre altres factors, pel nivell de competència personal percebuda.

### 3.4 Les persones grans i la discriminació per raó d'edat

El concepte de gent gran, vell o ancià va molt lligat al concepte de mort. Diu Ariès: *“La vellesa i la mort arriben quan l'embolcall carnal ja no és el suficient per contenir-los”* (Ariès, 2011).

El neologisme *ageïsme* (de l'anglès *age*), fa referència a la discriminació per motius d'edat, similar al *sexisme* (de l'anglès *sex*) o al *racisme* (de l'anglès *race*), per designar discriminació per motius de sexe o de raça. En la terminologia tècnica geriàtrica es comença a veure l'ús d'aquesta paraula, *ageïsme*. I hi ha qui, per evitar l'ús de neologismes a partir de l'anglès, proposa crear-ne algun a partir del llatí “edatisme” o del castellà “edadismo” o “viejismo”. De totes maneres, si no es defineix molt bé el terme, hi ha qui prefereix recórrer al circumloqui discriminació per raó d'edat. En català es podria utilitzar *edatisme*, *ancianisme* o *ageïsme*.

En general hi ha una certa dificultat a admetre que s'envelleix. El “vell” és l'altre, al marge de l'edat que es pugui tenir. Les dificultats a anar al casal d'avis, als programes específics per a gent gran o jubilats, en poden ser exemples. Un altre exemple és l'ús de la paraula “vell”, que té una connotació negativa, associada a “allò que ja no serveix” que ja no és útil, a allò que ja no val. En lloc de veure-ho com allò valorat, preciós, durador; precisament per vell!

Una de les primeres dificultats és a l'hora de referir-nos a la gent gran com a col·lectiu per no associar el terme a connotacions negatives. Per referir-nos als vells, i per no “ofendre'ls”, s'utilitzen altres expressions com gent gran, persones grans o altres eufemismes com la tercera o quarta edat, els vells-joves o l'edat d'or, entre els més utilitzats. Certament, en general, costa trobar el terme precís, abans d'expressar. És difícil saber quina és la millor expressió per referir-se a la

vellesa, al procés progressiu d'envellir, als ancians.

La vellesa és un tema conflictiu (Salvarezza, 1998), tant per aquell que la viu com per aquells que, o per parentiu o pels seus rols professionals, hi conviuen quotidianament. El grau de conflicte per a cadascú, ve determinat per la història personal de cada individu que interacciona i del nivell d'adaptació o defensiu que cadascú adopta per fer-hi front. Alhora aquesta interacció té lloc en un marc cultural que té una visió del que és la vellesa, de les seves característiques i dels seus valors.

La ideologia i les creences romanen inconscients per a cada persona, i sols és possible detectar-les pels ulls, observant la conducta quotidiana i reiterada que s'utilitza en el tracte directe amb les persones grans (Salvarezza, 2002). Les creences donen força de realitat a allò que és psíquic, fan sentir i percebre les coses de forma diferent, i promouen accions. Des de la infantesa s'incorporen creences que queden soterrades en l'inconscient, i que condicionen el pensament i les accions, produint-se respostes emocionals i conductes de forma, a vegades, totalment irracional i inconscient. Si no es poden fer conscients són impossible de canviar. Creure en alguna cosa, no és el mateix que conèixer-la. Aquest és, en general, l'origen de molts mites i malentesos, de prejudicis i discriminacions. Una creença no és una certesa, és solament una pressuposició sobre el món dissenyada per cadascú segons la "veritat" de cadascú (Guix, 2005).

Molts dels estudis posen en evidència que les persones grans han estat excloses quan mostren signes de senilitat, dependència o vulnerabilitat. La major part de les cultures ha desenvolupat comportaments, conscient i inconscientment, negatius cap a les persones grans. Però no és a totes les cultures, ni a totes les races, que es dona aquesta connotació negativa sobre les persones velles (Navarro, 1994).

*L'edatisme o ageïsme* és un comportament social complex. Butler (1969) i Palmore (1990) són dels primers autors que han posat a la llum la problemàtica. Hi ha unes dimensions històriques, culturals, socials, psicològiques i ideològiques que formen el que configura la definició d'ageïsme o edatisme: un conjunt de prejudicis, estereotips i discriminacions que s'apliquen a les persones grans, simplement en funció de la seva edat. Les seves conseqüències es poden comparar amb els prejudicis contra les persones de diferent ètnia, classe social, religió o gènere.



També existeix un *ancianisme* positiu, que tot i ser menys comú, pot ser igualment perjudicial per les persones grans. Pel que té de sobreproteccionisme i de comportaments paternalistes o “maternals”.

Molts professionals al voltant de la gerontologia i la geriatria, de manera conscient o inconscient, tenen una actitud de prejudici i discriminació cap aquest col·lectiu, desconeixent moltes vegades, les necessitats, els desitjos, les capacitats, o les expectatives de les persones grans. Aquesta desinformació, porta moltes vegades, a confondre la vellesa amb una malaltia.

Un altre dels problemes és la tendència a culpabilitzar (Salvarezza, 2002) a la persona discriminada. Si una persona és infeliç o té problemes de dependència o altres tipus de problemàtica, la tendència és a responsabilitzar a la persona gran dels seus problemes i fruit dels seus hàbits, costums o maneres de fer i de ser, al llarg de la seva vida.

L'autoconcepte i l'autoimatge que es creï sobre l'envelliment humà, repercutirà en el caràcter i autoestima dels propis vells cap a si mateixos i de la societat en general cap a la vellesa. Si cada part confirma les creences negatives i les conseqüents expectatives, es provoca un rebuig de les persones grans tant com a col·lectiu com a persona; estigui més propera o més lluny (Navarro, 1994).

Quan més arrelats i inconscients siguin els prejudicis, més dificultat hi ha a individualitzar i tenir en compte la subjectivitat de cada persona i situació en particular. Una de les conseqüències és pressuposar les respostes de forma anticipada, i basada en generalitzacions. Limitant així les capacitats individuals que poden ser i podrien esdevenir motors positius i recursos adaptatius.

Alguns dels estereotips més habitualment destacats a la literatura, es mostren en la Taula 3.1 (Losada, 2004).

Les persones grans tendeixen a adoptar la imatge negativa dominant en la societat i a comportar-se d'acord al que s'espera d'una persona gran. S'ha demostrat que els estereotips negatius davant la vellesa, tenen com a conseqüència una sensació d'amenaça a la integritat personal, un menor rendiment intel·lectual i una disminució de l'autoeficàcia, podent disminuir l'interès per la vida. La infraestimació de les capacitats de tot tipus de les persones grans pot afavorir una prematura pèrdua d'independència, una més gran discapacitat, índex més alts de depressió i mortalitat anticipada en persones que podrien mantenir una vida productiva, satisfactòria i saludable (Losada, 2004).

**Taula 3.1** Mites i realitats de les persones grans basat en l'APA, 1998

MITES	REALITATS
Totes són semblants	Existeixen diferències interindividuals
Estan socialment aïllades	La major part mantenen un contacte pròxim amb la família
Estan malaltes, són fràgils i depenen d'altres persones	La major part viuen de forma independent
La major part té algun nivell de deteriorament cognitiu	Tot i que pot existir un cert declivi de les habilitats intel·lectuals, no interfereix en la vida diària
Estan deprimides	Les persones que viuen a la comunitat tenen menors percentatges de depressió que altres grups d'edat
Són difícils de tractar i són més rígides amb el pas dels anys	La personalitat es manté relativament al llarg del cycle vital
Rarament s'adapten al declivi inevitable	La major part s'adapten amb èxit als reptes vitals

Una de les conseqüències fonamentals de mantenir actituds ageistes fa referència a l'actitud dels professionals de la salut utilitzant pautes terapèutiques i diagnòstiques diferents, així com també diferències d'interès per a la recerca, en funció del grup d'edat al que es pertanyi, no estant justificades aquestes aproximacions diferencials.

Una de les altres influències importants d'aquest ancianisme dels professionals, és el tracte, la comunicació que mantenen els cuidadors i responsables de i amb les persones grans en les institucions tant públiques com privades. Ryan i altres el 1986 denunciaven com parlar a les persones grans amb infantilismes o amb l'anomenada "parla patró" pot comportar el reforç de comportaments dependents i pot fomentar actituds d'aïllament i soledat, podent accelerar el procés de declivi en l'estat físic, cognitiu i funcional de les persones que viuen en residències.

Per a reduir aquest edatisme calen canvis a molts nivells, tant en els sistemes que perpetuen aquesta discriminació: mitjans de comunicació, cultura popular, institucions, governs, etc. com en la planificació de la investigació aplicada i d'altres diferents intervencions. Passant per revisar i augmentar la formació i educació dels professionals (metges, infermeres, farmacèutics, psicòlegs, treballadors socials, gerocultors, etc.) i dels familiars o cuidadors que atenguin en el present o que puguin atendre en un futur a les persones grans. Podent arribar

a canvis actitudinals que beneficiarien l'estat de salut, la independència i una menor institucionalització de les persones grans. I així es podrien optimitzar tant els recursos econòmics com els nivells de benestar del grup de població de les persones grans (Losada, 2004).

### **3.5 Els professionals d'infermeria i la mort**

L'atenció al final de la vida, és un aspecte important per a les infermeres en diverses unitats, tant d'hospitalització a aguts i a centres socio-sanitaris, com a la comunitat, a domicili -a les cases o a les residències-, les infermeres tenen cura de les persones que estan morint.

La fragilitat i la limitació de la vida humana, junt al patiment de tots els implicats: l'usuari moribund, la família i l'equip assistencial; fa que sigui una situació única, intensa i estressant.

Dins el col·lectiu sanitari, els professionals d'infermeria són probablement els que més directament pateixen i viuen la situació tensa que genera la mort a curt plaç. Bàsicament per dos motius (Colell, 2005): el primer, per què la mort de l'altre fa prendre consciència de la pròpia finitud i de les pèrdues viscudes al llarg de la vida, i, en segon lloc, per què és el col·lectiu que més hores passa al costat de l'usuari i de la seva família, havent de respondre a situacions en les que no es donen les condicions necessàries, moltes vegades, tant de temps com d'espai, per fer-ho adequadament.

El col·lectiu d'infermeria, precisament per la seva interacció amb el dolor, l'agonia i pel seu afrontament a la mort, ha estat estudiat per veure com i què pot influir en la seva ansietat, en les seves pors, en la seva actitud davant la mort. I com això pot afectar la qualitat de les cures que proporcionen als usuaris.

A nivell d'investigació, s'ha enfocat el resultat de l'actitud cap a la mort, des de la perspectiva de l'ansietat, entenent com ansietat davant la mort el sentiment subjectiu negatiu que implica la presència d'aprensíó, tensió, inquietud, temor indefinit i inseguretat, centrats en la idea de la mort com a procés o com estat (Tomás-Sábado, 2002). Tot i que tenen significació diferent, la por i l'ansietat, s'han utilitzat indistintament en la recerca (Neimeyer, 1997). L'ansietat es pot considerar més generalitzada, com una sensació vaga i intranquil·litzant de malestar o temor provocada per la percepció d'una amenaça real o imaginada a la pròpia existència (NANDA, 2010). El temor es focalitza més cap a l'objecte

causant, és la resposta a la percepció que es reconeix conscientment com un perill, en aquest cas, la mort.

Diferents estudis han demostrat com l'ansietat davant la mort afecta al funcionament de la persona, manifestat amb diferents símptomes, com depressió, insomni, ansietat general o manifestat en disminució de diferents projectes a la vida.

Els resultats de diferents investigacions poden diferir en alguns aspectes, però en general es concreta que les infermeres no tenen més ansietat que la població en general, i que amb l'experiència disminueix els nivells d'ansietat (Tomas-Sábado, 2002).

Les infermeres que treballen en cures pal·liatives i geriatria, tenen nivells més baixos d'ansietat comparant amb altres especialitats com pot ser psiquiatria o médico-quirúrgica o cures intensives. Comportant nivells significativament superiors d'estrès. Una explicació podria ser les condicions laborals o el treball en equip o la convergència amb els valors i objectius de l'atenció, i l'altra, la qualitat de l'atenció centrada en l'usuari (Perry, 2008)

En cures pal·liatives, pot ajudar la qualitat de les cures amb un enfoc integral i multidisciplinari i el treball en equip. Aquest, pot augmentar la cohesió entre els membres de l'equip assistencial, i aquesta cohesió pot ajudar a disminuir l'ansietat, alhora que pot facilitar i millorar la relació assistencial (Colell, Fontanals, Rius, 1993).

Ara be, cal tenir en compte que el treball en equip pot ser alhora, una font d'estrès important, i un dels motors protectors del malestar a la feina, facilitant el desenvolupament personal i professional, millorant la motivació i augmentant la qualitat i quantitat de treball (SECPAL, 2008).

S'ha investigat molt sobre l'estrès, la pressió assistencial i el cremament, en infermeria. Però poc sobre el que suposa la relació íntima, moltes vegades amb els usuaris. Comunicar amb els malalts des d'una actitud empàtica, (Colell, Fontanals, 1993) suposa que la infermera tingui una comprensió profunda de la seva persona.

De tota manera es pot trobar en alguns estudis, que un terç dels professionals que treballen en cures pal·liatives tenia esgotament emocional, elevada despersonalització i baix compliment emocional (Kerarney, Weininger, Vachon, Mount, 2009).

L'empatia exquisida (Kearney, Weininger, Vachon, Mount, 2009), definida com a alta presència, harmonia sensible, amb un bon coneixement dels propis límits i un profund compromís, sembla que tonifica més que esgota, contràriament a la idea que algunes persones poden tenir. Aquesta empatia requereix autoconeixement que permeti alhora atendre les necessitats de l'usuari, l'ambient de treball i la pròpia experiència subjectiva.

Generalment el temor a la mort i als moribunds decreix amb l'increment de la preparació acadèmica i el desenvolupament personal del tema.

Hi ha recomanacions i documentació elaborada i publicada per diferents organitzacions de professionals que aconsellen sobre continguts i metodologies. En quant a aspectes de formació específica en cures pal·liatives i infermeria, l'EAPC -Associació Europea de Cures Pal·liatives- descriu tres nivells (segons la freqüència i les demandes del lloc de treball). Des d'un nivell bàsic, comú a una majoria de professionals, a un nivell especialitzat en que la infermera és capaç d'integrar i actuar en les situacions d'alta complexitat i més difícils. Descriu també (De Vlieger, Gorchs, Larkin, Porchet, 2004) cinc dimensions d'interacció en el procés d'aprenentatge: el malalt, la família o els cuidadors més propers, l'equip, la societat i el sistema de salut. Amb una forta base d'autoconeixement, de tècniques de comunicació i coneixements d'ètica.

De tota manera avaluar els canvis reals degut a un programa educatiu, en coneixements, habilitats, actituds, competències i actuacions, a la realitat és complexa. La formació, però, és un dels instruments clau per la implantació a la pràctica d'unes cures de qualitat.

L'aprenentatge és un procés individual i depèn, entre molts altres factors, de l'estil d'aprenentatge de cada individu, d'aquí radica la importància de concebre el professor com a facilitador del màxim de processos d'aprenentatge individuals (Gorchs, Espauella, 1999).

La necessitat de formació no justifica el com s'imparteix, de quina durada, amb quins continguts, quines característiques dels participants i dels docents, i, sobretot, quina metodologia –si és vivencial-experimental o no-. La metodologia didàctica es fixa més en l'aspecte cognitiu, en la informació; mentre que l'experimental es basaria més en la vivència de la mort, a través de diferents propostes personals (Colell, 2005).

De totes maneres, en funció dels objectius proposats i a qui va dirigit, podria ser

que la formació i les propostes vivencials, generessin més ansietat o que les defenses personals impedeixin interioritzar tot allò relacionat amb l'impacte emocional del procés de morir (Neimeyer, 1997; Tomás-Sábado, Guix 2001). Un mateix programa formatiu, pot millorar l'ansietat en les infermeres i augmentar-la en auxiliars d'infermeria.

La mort amb estudiants ha estat àmpliament estudiada, i es demostra que genera un ampli ventall d'actituds i emocions de variada intensitat, essent les respostes emocionals més freqüents l'ansietat, la por i la tristesa. En estudiants d'infermeria el contacte amb la mort és bastant freqüent i les escales d'ansietat elevades (Busquet, Pujol, 2001; Tomás-Sábado, Guix 2001; Colell, 2005; Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011; Brito, Bocaz, Bustos, González, 2008; Schmidt, 2007; Rojas, *et al.* 2004)..

La perspectiva de les estudiants durant les pràctiques, en estudiants d'infermeria, és que trobin un model d'actuació, d'aprenentatge i d'identificació per al futur. La realitat assistencial no coincideix amb els ensenyaments de la universitat, pel que les pràctiques es converteixen en una tasca bastant difícil i en les que els estudiants se senten molt sols (Gutiérrez, Latorre, 2002), i expressen impotència i inseguretat (Busquet, Pujol, 2001).

La majoria d'estudis posen de relleu el baix percentatge d'estudiants d'infermeria que es senten preparats assistencialment, tant en el sentit més pràctic com emocional (Brito, *et al.* 2008). La majoria preferirien treballar a urgències, a atenció primària i a pediatria, però no en malalts terminals geriàtrics o en malalts terminals de sida (Colell, Limonero, Otero, 2003). Els que voldrien treballar en cures pal·liatives tenen menys ansietat de base.

Altres autors demostren que després de formació sobre la mort i les cures pal·liatives es redueix l'ansietat i milloren les actituds cap a la mort i el malalt terminal. També que hi hauria més eficiència en les cures al malalt i la seva família. Les estudiants, en general, que han realitzat formació en cures pal·liatives, se senten més preparats (Brito, *et al.* 2008; Limonero, 2003; Schmidt, 2007; Tomás-Sábado, Aradilla, 2001).

Pocs estudis han valorat competències i coneixements entorn a aspectes concrets al voltant del morir, la pèrdua i l'adaptació. Per exemple, sobre el dol (Amurrillo, Limonero, 2007) gran part dels estudiants d'infermeria tenen una bona concepció sobre el dol i els elements que el poden modular positiva o

negativament. Però al voltant del 50%: encara creuen que: “és bo aconsellar a la persona que ha patit una pèrdua el què ha de fer”, “pensar sols en allò positiu en relació amb el difunt és el més adequat en l'elaboració del dol” i “la mort en el propi domicili dificulta més el procés de dol que la que passa en un hospital o unitat de cures paliatives”, per exemple. I això és erroni.

Falten estudis que ajudin a discernir millor davant la mort i les situacions properes, quin contingut seria convenient formar -Què va bé?- de quina manera cal impartir-la -Com va bé?- i per a què és útil -Per a què va bé?-. Un programa de formació adequat augmenta la competència i millora les actituds davant la mort (Schmidt, 2007).

Estar capacitat, i sentir-se competent, segurament és la base de la creença de molts experts que és que si hi ha capacitació, millora el benestar personal en el futur (Colell, Limonero, Otero, 2003), i que és necessari assolir primer la pròpia serenitat per a poder oferir-la als altres (Bayés, 2010).

## **4 Objectius d'investigació**

### **4.1 Objectiu general**

Contribuir al coneixement dels factors psicosocials que poden afectar la vivència de la mort de malalts geriàtrics terminals en els estudiants d'infermeria en el seu primer període de pràctiques, en una unitat sociosanitària.

### **4.2 Objectius específics**

- Quantificar les experiències de pèrdua per mort dels estudiants, tant personals al llarg de la vida, com dels usuaris en el seu primer període de pràctiques en un recurs sociosanitari.
- Conèixer el nombre d'estudiants que pateixen dol complicat.
- Descriure la percepció de cada vivència de la mort d'una persona gran en el primer període de pràctiques de l'estudiant.
- Descriure els elements manifestats per les estudiants com a més impactants en les experiències de mort a la unitat de pràctiques.
- Descriure els elements que les estudiants perceben com de més ajuda davant la mort d'un usuari en un recurs sociosanitari.
- Conèixer el nivell de preocupacions o inquietuds davant la mort o el procés de morir dels estudiants, així com el nivell de competència personal percebuda.
- Conèixer el nivell de preparació percebut pels estudiants des d'un punt de vista psicològic o emocional per tenir cura de les persones grans al final de la vida.
- Determinar la importància valorada per l'estudiant de cuidar persones grans i el seu grau de satisfacció.



## 5 Metodologia d'investigació

### 5.1 Disseny

Per tal de descriure la freqüència i les característiques psicosocials de la vivència de la mort en les estudiants d'infermeria en el seu primer practicum, es dissenya un estudi, de caràcter exploratori, descriptiu transversal quantitatiu.

### 5.2 Població i mostra

La població d'estudi són tots els/les estudiants matriculats de l'assignatura Practicum I durant el curs 2010-2011 de la Universitat de Vic, en el seu segon any de Grau en Infermeria, que són 59 en el grup M1 i 56 en el grup M2.

La mostra es va obtenir de forma no seleccionada incloent totes aquelles estudiants que assistirien a classe el dia índex. Com a dia índex es va decidir la classe en que es presentava informació rellevant del Practicum II, i per tant, s'aconsellava la presència a classe. Per al grup M2 va ser el dia 13 d'abril de 2011, just abans d'anar al segon període de pràctiques, i pel grup M1, va ser just quan tornava del 2on període de pràctiques el dia 4 de maig de 2011.

S'exclourien totes les estudiants que no acceptessin participar i tots els que no estiguessin a classe el dia índex.

### 5.3 Mètode de recollida de dades

La informació es va recollir mitjançant un qüestionari autoadministrat a totes les estudiants assistents.

A l'aula, durant un descans de l'assignatura Practicum II, es lliurà a cada un dels subjectes el qüestionari construït "ad hoc" (Annex I). El qüestionari constava de:

- 2 preguntes sociodemogràfiques
- 2 preguntes referents a l'experiència personal de pèrdues per mort d'alguna persona propera significativa
- 5 preguntes referents a la vivència, nivell d'impacte i ajudes percebudes davant la mort de persones grans usuàries de recursos socio-sanitaris. En el cas de no haver viscut la mort d'una persona gran usuària, es demanava en condicional com li semblaria que seria la vivència, el nivell d'impacte i les

ajudes si hagués viscut de prop la mort d'una persona gran

- Finalment, 4 preguntes sobre diferents aspectes després de l'experiència de pràctiques en relació a les persones grans i el possible nivell de discriminació per raó d'edat: grau de preparació psicològic o emocional percebut, importància de les cures d'infermeria, elecció de pràctiques a geriatria i recomanació de l'experiència.

Es van incloure dins el qüestionari tres instruments validats: L'inventari de dol complicat (Limonero, *et al.* 2009) , l'escala revisada de Collett-Lester de por a la mort i al procés de morir (Colell, 2005), i l'escala de competència personal percebuda de Wallston (Fernandez-Castro, Tomás, Doval, Sanz, 1998).

## 5.4 Variables

### Variables sociodemogràfiques

- Variable V1. Sexe: home, dona.
- Variable V2. *Edat*: de 18 a 29 anys, de 30 a 59 anys. En l'edat es va escollir una opció tancada de rang perquè s'ha vist diferència en l'ansietat i el perfil d'actituds davant la mort i la por a la mort en el grup de joves (18-29 anys), en el dels adults (30-59 anys) i en els grans (60 i més). Es recomana examinar com es relaciona l'edat del cuidador amb la preocupació per la mort i les possibles reaccions cap als vells (Neimeyer, 1997).

### Variables sobre l'experiència personal de pèrdues per mort de persones properes estimades

- Variable V3. Amb una variable dicotòmica es valorà si l'estudiant havia patit mort d'algun familiar o persona significativa.
- Variable V4. En cas afirmatiu en la variable V3 es valorà el tipus de parentiu del difunt. Es considera de primer grau: pare, mare, fill, filla, sogre, sogra, fillastre, fillastra; es considera de segon grau: avi, àvia, net, néta, germà, germana; es considera de tercer grau: oncle o tieta; i de quart grau cosí, cosina (Departament d'Educació, 2007).
- Variable V5. IDC. En cas d'haver patit la mort d'un familiar es passava a valorar l'índex de dol complicat en aquell moment mitjançant el Inventari de duelo complicado (IDC) (Limonero, Lacasta, García, Maté, Prigerson, 2009). L'IDC és un qüestionari autoadministrat, amb un temps de complementació

inferior a 10'. Per al seu anàlisi es sumen tots els punts de cada ítem amb una puntuació total possible de 0 a 76. Puntuacions més altes es tradueixen en una major probabilitat de patir dol complicat. Per a dir que hi ha dol complicat cal una puntuació total > 25.

### **Experiència professional de mort durant les pràctiques**

- Variable V6. *Nombre total de persones usuàries que es van morir en el període de pràctiques.*
- Variable V7. *Presencialitat en el moment de la mort d'alguna persona usuària.*
- Variable V8. *Vivència de l'experiència.* Es demanà com es va viure mitjançant una colla d'adjectius agrupats (Shmidt, 2007), podent-se subratllar totes les opcions en les que l'estudiant s'identificava en aquell moment. La mort podia ser viscuda amb connotacions altament negatives amb expressions de: de manera desagradable, dolenta, dolorosa, frustrant, horrible, tràgica, dramàtica, angoixant, dura, sense saber com actuar, impactant... com si fos pròpia. La mort podia ser viscuda amb característiques d'experiència neutra: complexa, purament professional, acomiadament no dolorós, natural, única pel moribund, indiferent. Podia catalogar-se com experiència de la mort d'un usuari amb connotacions positives: enriquidora, bona, satisfactòria, amb aprenentatge, amb esperança, una transició cap a un altre món, etc. Es deixà un apartat obert amb l'opció "*altres*" per si l'estudiant volia posar amb paraules seves les característiques de la vivència de la mort d'algun usuari durant el període de pràctiques.
- Variable V9. *Nivell d'impacte experimentat.* Es preguntà que es valorés la intensitat de 8 possibles causes reconegudes de impacte (Colell, 2005; Comas, Javaloyes, 2000; Payàs, 2010) mitjançant una escala de Likert de l'1 al 7 (de menys a més impacte). Les causes avaluades es mostren a continuació:
  - algun signe/síntoma físic al final del procés del difunt
  - el patiment generat al voltant
  - veure el cos del mort
  - tocar el cos del mort
  - la soledat del difunt
  - la reacció de la família
  - la reacció de l'equip d'infermeria

- la meva pròpia reacció emocional
  - altres: apartat obert
- Variable V10. *Ajudes percebudes*. Amb una escala de Likert de l'1 al 7 (de menys a més ajuda) es van demanar les ajudes que l'estudiant havia tingut o considerés que l'haguessin pogut ajudar. Es deixà també un apartat obert amb "altres" per a que l'estudiant anotés si hi havia algun aspecte d'ajuda important que no s'havia recollit de forma tancada. Els aspectes de possible ajuda que es van avaluar són el següents:

- saber gestionar les meves emocions
- no relacionar-m'hi per no patir-hi
- tenir els meus dols personals resolts
- tenir formació en relació d'ajuda i empatia
- tenir formació en control de símptomes i comunicació
- preveure abans de les pràctiques els possibles incidents crítics o impactants
- poder parlar amb la tutora de pràctiques de la Universitat en el moment de l'incident
- que algú em facilités verbalitzar la mort, les circumstàncies, creences, pensaments... a l'entorn
- que algú m'ajudés a expressar els meus sentiments i fer una ventilació emocional
- que algú m'informés del procés i m'orientés
- més disponibilitat de la tutora de pràctiques

En les ajudes s'ha tingut en compte les escales creades per altres autors (Colell, 2005), les recomanacions d'actuació davant el dol (Payàs, 2010; Neymeyer, 1997; García-García, Landa, 2004), i del procés adaptatiu (Comas, Javaloyes, 2000)

- Variables V11, V12 i V13 repeteixen les variables V8, V9 i V10 per aquelles estudiants que no van experimentar cap mort d'usuari. Se'ls demanava que responguessin "*com et sembla que seria per tu l'experiència en el cas que visquessis de prop la mort d'una persona gran*".
- Variable V14. *Preocupacions per la mort i per al procés de morir*. S'utilitzà l'Escala Revisada Collett-Lester de Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir (ECL) modificada per Colell (2005). La modificació de la ECL consisteix en la reducció de 8 ítems de l'original a 5, i canviant una subescala de "El proceso de morir de otras personas" per "El proceso de morir de la persona más

querida”. Quedant una escala que contempla quatre subescales: “preocupació per la pròpia mort”, “pel propi procés de morir” , per “la mort de la persona més estimada” i preocupació “per al procés de morir de la persona més estimada”. Cada una d'elles conté 5 ítems amb 5 possibles opcions de resposta tipus Likert, resposta que pot anar de 1 (no em preocupa gens) a 5 (em preocupa moltíssim). La pregunta general que precedeix les quatre subescales és “fins a quin punt et preocupen o inquieten els aspectes de la mort i del procés de morir que s'esmenten a continuació”. L'escala es valora de forma sumatòria global (total màxim de 100) i per a cada subescala (màxim de 25). A més puntuació més preocupació o inquietud.

- Variable V15. *Competències personals percebudes (Escala Competències Personals Percebudes-ECPP)*. S'utilitzà l'Escala de Competència Personal Percibida elaborada per Wallston el 1992 i adaptada a l'espanyol (Fernandez-Castro, Tomás, Doval, Sanz, 1998). És una escala de 8 ítems, quatre de positius i quatre de negatius, amb format de resposta per a cada ítem tipus Likert de 6 punts (totalment en desacord que es puntua amb un 1, a totalment d'acord que puntua un 6). El rang possible de puntuacions fluctua entre 8 i 48.
- Variable V16. *Grau de preparació percebut a nivell psicològic o emocional a l'hora de tenir cura d'una persona gran els dies/setmanes abans de la mort, un cop finalitzades les pràctiques*. Per tal de valorar-lo es demanà una resposta de: Gens, Una mica, Regular, Bastant i Molt.
- Variable V17. *Importància percebuda de les cures d'infermeria en un usuari gran en situació de malaltia avançada i terminal*. Es demanà una puntuació de l'1 al 10, essent 1 la mínima importància i 10 la màxima.
- Variable V18. *Elecció de pràctiques a geriatría*. Amb una resposta dicotòmica si hagués escollit anar el període de pràctiques en un recurs sociosanitari on es fa atenció geriàtrica.
- Variable V19. *Recomanació a altres estudiants*. Si recomanaria a un altre estudiant després de l'experiència de pràctiques, amb una resposta dicotòmica. Amb aquesta pregunta, freqüent en els qüestionaris de satisfacció d'una activitat formativa, es valora el grau de satisfacció i aprenentatge de forma indirecta. Difícilment es recomanaria a una altra persona si un percep l'activitat com una pèrdua de temps.

## 5.5 Procediment

El dia i hora escollides i pactades amb les professores del Practicum II, la investigadora va anar a les respectives classes del grup M2 i del grup M1.

Per tal de reduir biaixos per errors en la comprensió va ser la mateixa investigadora qui va presentar el qüestionari i qui va donar la mateixa informació llegida (Annex II) als dos grups, amb les instruccions bàsiques per emplenar el qüestionari.

Un cop llegit el text complet, es passava a lliurar individualment el qüestionari.

## 5.6 Cronograma

- Novembre 2010 - febrer 2011: Problema a investigar
- Desembre 2010 - abril 2011: Revisió bibliogràfica
- Abril - maig 2011: Protocol d'estudi i recollida de dades
- Juny 2011: Anàlisi de dades
- Juliol - agost 2011: Redacció de resultats
- Setembre 2011: Presentació dels resultats i les conclusions

## 5.7 Criteris d'anàlisi estadístics

L'anàlisi estadístic s'ha realitzat mitjançant el programa informàtic SPSS 18. Per a descriure els participants s'han dissenyat taules de freqüència on s'han inclòs la freqüència absoluta i relativa per a les variables qualitatives i la mitjana i la desviació estàndard per a les variables quantitatives. Per alguns anàlisis s'ha dividit la mostra per percentils, en severitat d'impacte (V9), ajudes percebudes (V10) i l'escala de competència personal de Wallston EPC (V15).

## 5.8 Aspectes ètics i deontològics

Per tal de poder demanar la col·laboració de les estudiants i intervenir mitjançant el qüestionari proposat, es va fer una sol·licitud al Consell de Direcció de l'EUCS amb data 6 d'abril de 2011. El Consell va demanar informe i valoració del protocol d'actuació segons protocol corresponent, i es va donar el vist-i-plau per a fer l'actuació sobre els estudiants, deixant la valoració del protocol de la recerca per al director del treball i el respectiu tribunal en la presentació del treball.

Es va desestimar el consentiment informat de cada estudiant, donada la facilitat amb que voluntàriament podia decidir no participar -no acceptant el qüestionari o no emplenant-lo-, i perquè cap qüestionari tenia informació personal que comprometés l'anonimat i la confidencialitat. En la informació llegida abans de lliurar els qüestionaris, es va fer èmfasi en que era totalment, anònim, voluntari i la informació totalment confidencial.

Era essencial per la investigadora estar present a l'aula i sensibilitzada a les possibles reaccions emocionals de les estudiants davant les preguntes exposades en el qüestionari. Hi havia el risc psicosocial conseqüent si experiències doloroses apuntaven a gallet algun trauma en el passat. A les estudiants amb reacció emocional se'ls advertia o aconsellava de la possibilitat de parar el qüestionari i sortir de l'estudi si hi havia algun sentiment inconfortable o dolorós. La investigadora estava present mentre durava l'autocomplementació, tenia experiència clínica en cures pal·liatives i dol, i experiència en docència, podent ajudar a les estudiants -si calia- mentre durava la complementació del qüestionari o oferint contacte individualitzat de futur.

## 6 Resultats

D'un total de 115 alumnes matriculades en l'assignatura practicum I del 2n curs de grau d'infermeria de la Universitat de Vic el curs 2010-2011, es va administrar el qüestionari als 65 (56,5%) alumnes presents el dia índex a la classe i el van respondre totes. En el grup M1 on eren matriculats 59 alumnes van respondre 43 (72,9%), mentre que en el grup M2 hi havia matriculats 56 alumnes, i van respondre 22 (39,3%). Dues persones, una de cada grup, va tenir reacció emocional en el moment de respondre el qüestionari, la investigadora va oferir parar les respostes i cap va voler.

### 6.1 Dades sociodemogràfiques i experiència personal de pèrdua

#### Edat i gènere

La majoria de les estudiants, 56 (86,2%), eren dones i 9 (13,8%) eren homes. Respecte als grup de edat, 60 (92,3%) estudiants tenien de 18 a 29 anys (Taula 6.1).

**Taula 6.1** Distribució per grups d'edat i per sexe

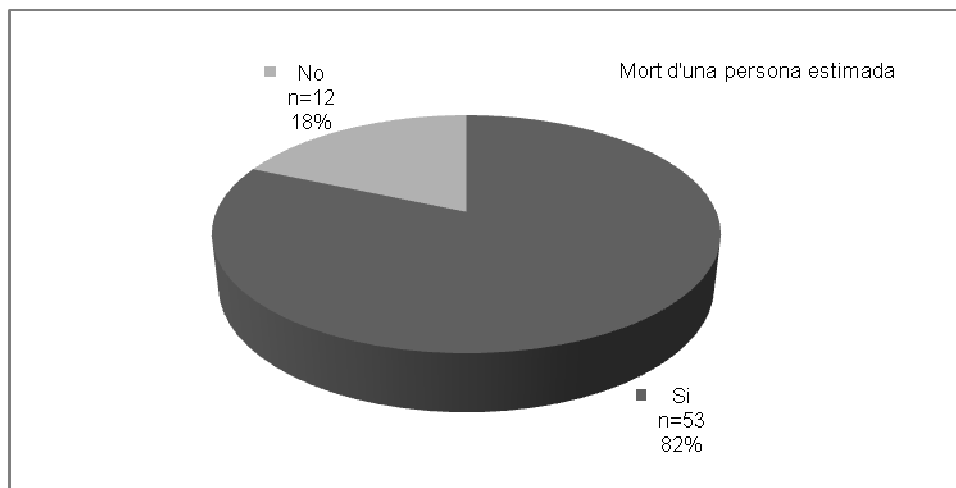
<b>Grups d'edat / Sexe</b>	Home n (%)	Dona n (%)	Total n (%)
De 18 a 29 anys	8 (88,9)	52 (92,9)	60 (92,3)
De 30 a 59 anys	1 (11,1)	4 (7,1)	5 (7,7)
<b>Total</b>	<b>9 (13,8)</b>	<b>56 (86,2)</b>	<b>65 (100)</b>

#### Mort d'una persona significativa

En relació a l'experiència de pèrdua per mort de persones properes, o familiars o algú molt estimat, 53 (81,5%) estudiants expressen que si ha patit alguna pèrdua per mort a nivell personal i 12 (18,5%) estudiants no (Figura 6.1).

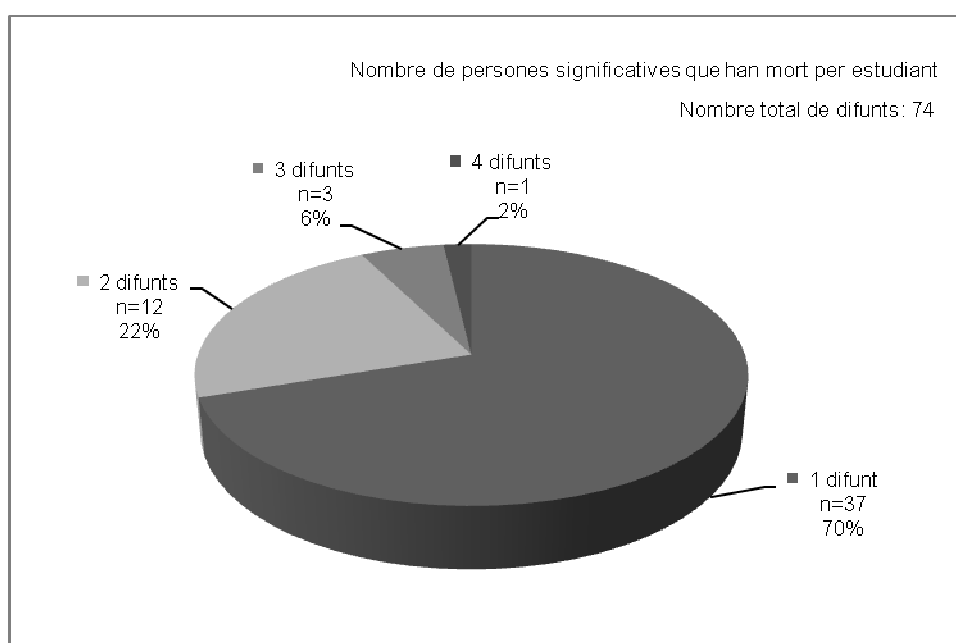


**Figura 6.1** Distribució del nombre d'estudiants en base a l'experiència personal de mort d'una persona estimada



Els 53 estudiants han experimentat un total de 74 pèrdues essent la distribució segons la mort d'una o més persones properes estimades la següent: una persona (37 estudiants), 2 persones (12 estudiants), 3 difunts (3 estudiants) i un estudiant ha viscut la mort de 4 persones properes (Figura 6.2).

**Figura 6.2** Distribució del nombre d'estudiants respecte el número de morts de persones significatives



Es distribueix el grau de parentiu dels diferents difunts (Taula 6. 2) de la següent manera: de les estudiants que han patit la mort d'alguna persona estimada el 79,2% era un parent de segon grau el més freqüent, i no el cataloguen o eren amics un 15,1%.

**Taula 6.2** Distribució dels graus de parentiu de les persones significatives mortes (n=74)

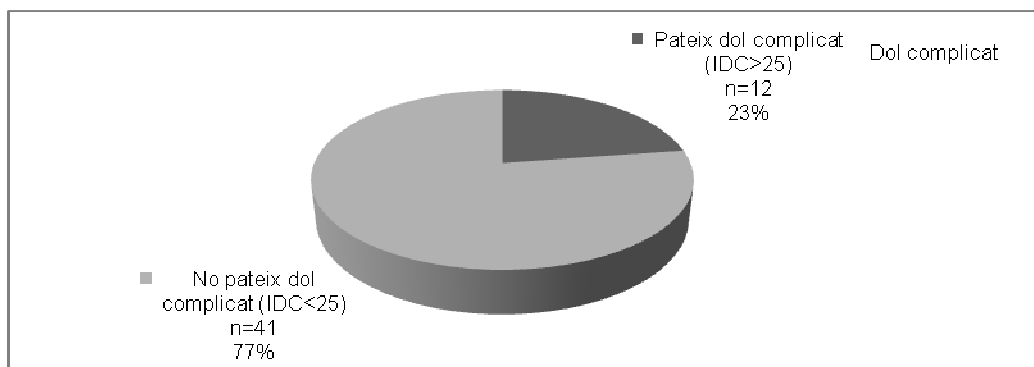
Tipus de parentiu		Experiència personal SI	
		n	%
Segon grau	Avi-àvia, germà-germana, net-neta	42	56,8
Tercer grau	Oncle-tieta	15	20,3
Quart grau	Cosí-cosina	6	8,1
Altres	Amic-amiga-altres	8	10,8
Primer grau	Pare-mare, fill-filla, sogre-sobra	3	4,0
Total		<b>74</b>	<b>100</b>

### Dol complicat

Respecte a si pateixen en aquest moment dol complicat o no, els 53 (81,5%) estudiants que han contestat que si han patit la mort d'un familiar o d'algú molt estimat, contesten el qüestionari IDC. La puntuació mitja dels 53 estudiants és de  $17,9 \pm 10,3$  (DE) anant la puntuació d'un mínim de 2 a un màxim de 47 -el test puntua de 0 a 76-.

De les estudiants que han viscut la mort d'una persona estimada no pateix dol complicat un 77%, i si un 23% (Figura 6.3). Per a dir que hi ha dol complicat cal una puntuació total > 25.

**Figura 6.3** Distribució en base a patir dol complicat (IDC > 25) n=53



**Taula 6.3** Distribució del nombre d'estudiants segons patir dol complicat (IDC > 25) i sexe

<b>Dol complicat/ Sexe</b>	<b>Dones n (%)</b>	<b>Homes n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
IDC > 25 (Si pateix dol complicat)	10 (22,2)	2 (25)	12 (23)
IDC < 25 (No pateix dol complicat)	35 (77,8)	6 (75)	41 (77)
<b>Total</b>	<b>45 (100)</b>	<b>8 (100)</b>	<b>53 (100)</b>

Si es mira la distribució per sexes i l' existència d'un dol complicat, en les dones va ser positiu (>25) en 10/45 (22,2%) i en els homes va ser 2/8 (25%), tal com es mostra en la Taula 6.3.

De les 12 estudiants que van puntuar per sobre 25 en l'IDC, per edat, 11 (91,7%) estaven en la franja d'edat de joves i sols 1 (8,3%) en la franja d'adults de 30 a 59 anys.

## **6.2 Experiència professional de pèrdua per mort d'usuaris**

### **Quantificació de les primeres experiències de mort**

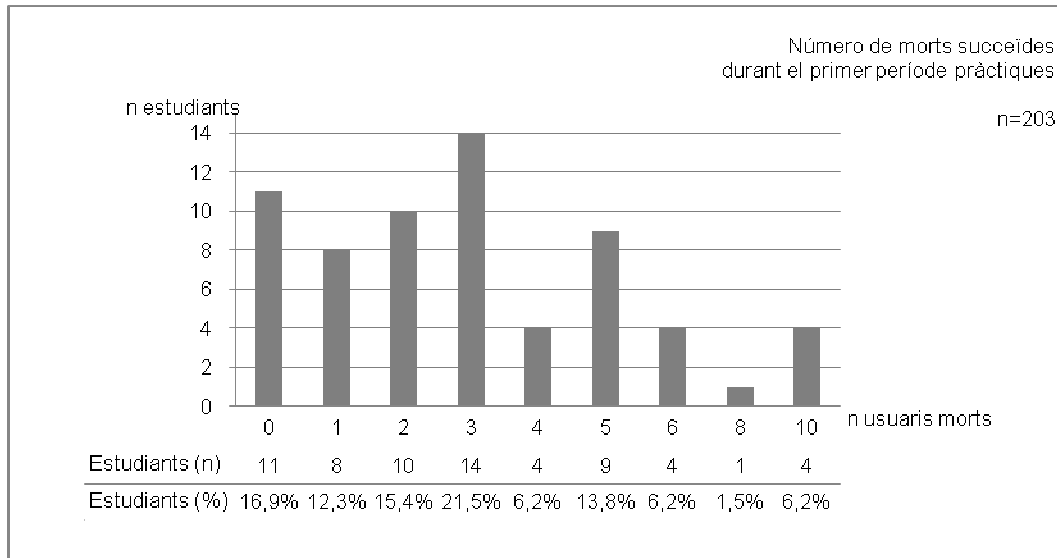
En quant a la vivència de mort de persones usuàries durant el primer període de pràctiques en un recurs sociosanitari, 54 (83,1%) estudiants la va experimentar, mentre que 11 (16,9%) estudiants no la van experimentar.

Durant les 6 setmanes que durava el primer període de pràctiques el nombre total de persones usuàries que van morir en les plantes van ser de 203. La mitjana de morts experimentada per alumne que la va experimentar va ser de  $3,76 \pm 2,41$  (Figura 6.4).

### **Presencialitat en el moment de la mort**

Dels 54 estudiants a qui es va morir alguna persona usuària a la planta, 30 (56%) va presenciar el moment de la mort, mentre que en la resta 24 (44%) la mort va ocórrer en algun altre moment del dia, quan no feien pràctiques, o les estudiants estaven fora de la planta (Figura 6.5).

**Figura 6.4** Distribució del nombre d'estudiants per número de morts succeïdes durant el primer període pràctiques



**Figura 6.5** Distribució dels estudiants que han viscut la mort d'una persona usuària segons si han presenciat el moment de la mort o no n=54



### Vivència personal de la mort d'usuaris durant les pràctiques

Recordant que el nombre de defuncions experimentades durant el primer període de pràctiques van ser 203, cinquanta quatre (83,1%) alumnes opinaven que algunes de les morts les havien viscut de forma desagradable (negativa), mentre que 38 (58,5%) van viure algunes de les morts de forma complexa (neutre), i 31 (47,7%) van viure algunes morts de forma enriquidora i satisfactòria (positiva).

### Elements d'impacte de la mort d'usuaris durant les pràctiques

En quant als possibles elements causants d'impacte, valoren com element més impactant (d'una escala de Likert de 1 a 7) en primer lloc la reacció de la família, en segon lloc el patiment generat al voltant, en tercer lloc algun signe o símptoma físic al final del procés i en quart lloc la pròpia reacció emocional (Taula 6.4).

**Taula 6.4** Severitat de diferents causes d'impacte davant la mort n=63

Causes d'impacte	Mitjana	DE
La reacció de la família	5,3	1,8
El patiment generat al voltant	5,2	1,7
Algun signe/símptoma físic al final del procés del difunt	4,4	1,7
La meua pròpia reacció emocional	4,4	1,8
La soledat del difunt	3,9	2,1
Tocar el cos del mort	3,8	2,3
Veure el cos del mort	3,6	2,1
La reacció de l'equip d'infermeria	3,4	1,7
Mitjana global	4,3	

La suma mitjana de les intensitats de les 8 possibles causes d'impacte és de  $34 \pm 9,6$  amb un rang entre 11 i 51 (podent anar de 8 a 56).

Si es distribueix la mostra segons els quartils d'intensitat d'impacte, i es considera impacte baix una puntuació d'impacte global de 11 a 29, un impacte mig de 30 a 35, un impacte alt de 36 a 42 i un nivell d'impacte extrem a partir de 43 trobem que 13 (20,6%) tenen impacte extrem, i 18 (28,6%) el tenen baix dels 63 casos avaluable per aquesta qüestió, ja que 2 estudiants no es van poder avaluar degut a que no contestaren correctament tots els ítems, i aquests no es van poder analitzar (Taula 6.5).

**Taula 6.5** Distribució del nombre d'estudiants segons severitat d'impacte

	Estudiants	
	n	%
Impacte extrem	13	20,6
Impacte alt	18	28,6
Impacte moderat	14	22,2
Impacte baix	18	28,6
Total	63	100

Segons si han viscut l'experiència de mort d'usuaris a les diferents unitats d'hospitalització o no, s'observa que dels que han tingut l'experiència professional 24/52 (46,1%) alumnes tenen un impacte extrem-alt (a partir de 36) i 28/52 (53,9%) un impacte moderat-baix (fins a 35); mentre que si no han viscut l'experiència de mort d'algun usuari a les pràctiques la severitat d'impacte extrem-alt el tenen 7/11 (63,6%) i un nivell d'impacte considerat baix-moderat 4/11(36,4%) alumnes (Taula 6.6).

**Taula 6.6** Distribució del nombre d'estudiants segons severitat d'impacte i experiència de mort d'usuaris a les pràctiques

	SI n (%)	NO n (%)
<b>Severitat d'impacte / Experiència professional de mort</b>	52 (82,5%)	11 (17,5%)
Impacte extrem-alt	24 (46,1)	7 (63,6)
Impacte moderat-baix	28 (53,9)	4 (36,4)
Total	52 (100)	11 (100)

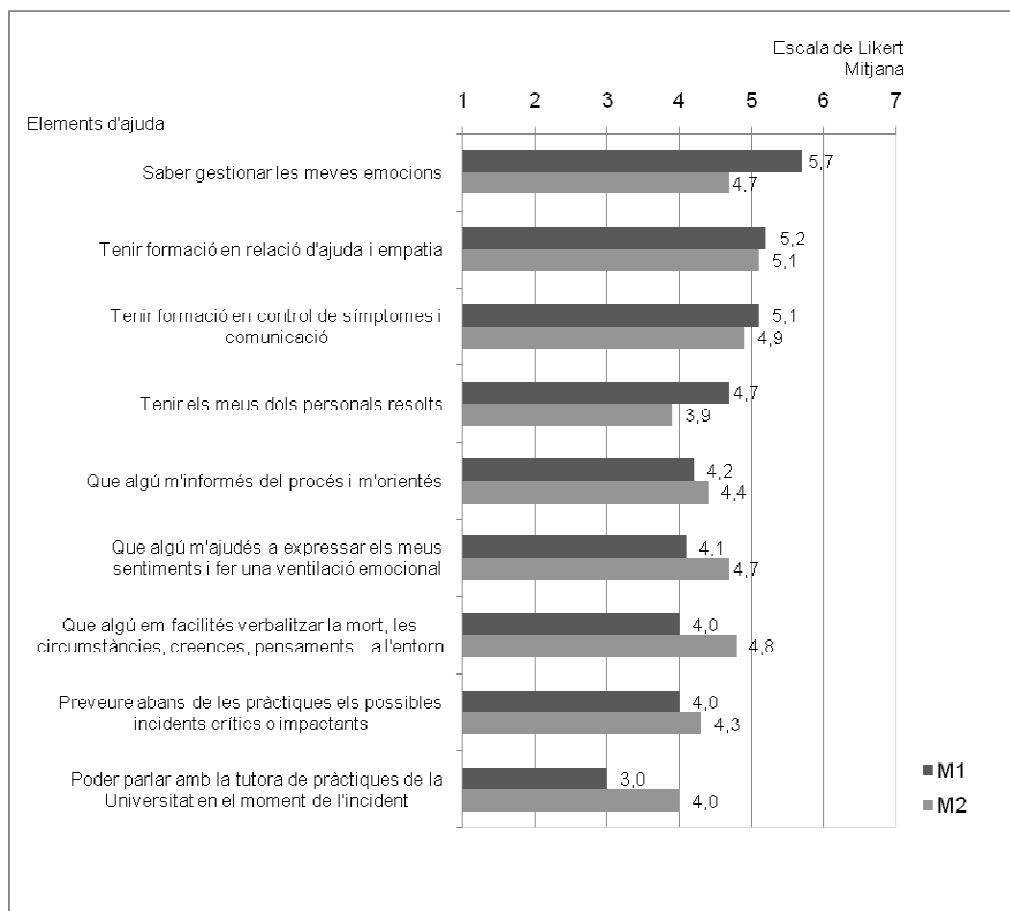
### Elements d'ajuda davant la mort d'usuaris durant les pràctiques

En quan a les ajudes, les estudiants consideren que els elements de més ajuda són gestionar les pròpies emocions, amb una valoració de 5,3 (d'una escala de Likert de 1 a 7), tenir més formació en relació d'ajuda i empatia ,valorat en 5,1; tenir formació en control de símptomes i comunicació 5 , i que algú informés i orientés del procés amb un valor de 4,6 (Taula 6.7).

El grup M2 (n= 22), que el moment de realitzar l'enquesta havia fet sols el primer període de pràctiques, considera que poder parlar amb la professora de pràctiques de la Universitat en el moment de l'incident seria un element d'ajuda valorat amb una mitjana de 4,05; mentre que el grup M1 (n=43), que en el moment de realitzar l'enquesta havia fet dos períodes, ho valora amb una mitjana de 3,05. Tot i que els dos valors estan per sota de la mitjana global (4,27), és de destacar ja que és l'ítem en que hi ha més diferència d'un grup a l'altre (Figura 6.6).

**Taula 6.7** Ordre d'importància valorada de diferents ajudes davant la mort (n=65)

Elements d'ajuda	Mitjana	DE
Saber gestionar les meves emocions	5,4	1,8
Tenir formació en relació d'ajuda i empatia	5,2	1,7
Tenir formació en control de símptomes i comunicació	5,0	1,7
Tenir els meus dols personals resolts	4,4	2,1
Que algú m'informés del procés i m'orientés	4,5	2,0
Que algú m'ajudés a expressar els meus sentiments i fer una ventilació emocional	4,3	2,1
Que algú em facilités verbalitzar la mort, les circumstàncies, creences, pensaments...a l'entorn	4,3	1,9
Preveure abans de les pràctiques els possibles incidents crítics o impactants	4,1	1,9
Poder parlar amb la tutora de pràctiques de la Universitat en el moment de l'incident	3,4	1,9
Més disponibilitat de la tutora de pràctiques	3,3	1,9
No relacionar-m'hi per no patir-hi	3,0	2,0
Mitjana global	4,3	

**Figura 6.6** Importància d'ajuda percebuda segons si s'ha fet un (M2) o dos períodes (M1) de pràctiques

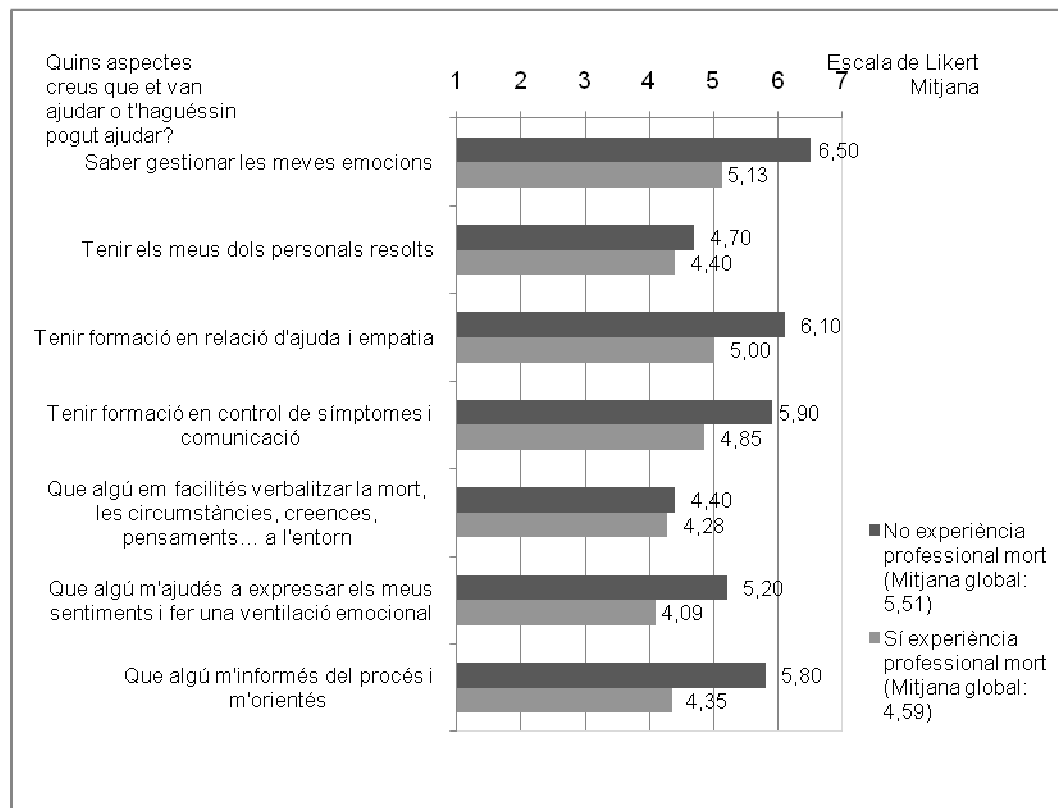
La puntuació mitjana global de les ajudes és de  $46,9 \pm 11,5$  amb un rang de 20 a 71 (podent anar de 11 a 77). Segons els percentils distribuïm les puntuacions amb nivell baix d'ajuda percebuda de 11 a 39, nivell moderat d'ajuda percebuda de 40 a 47, nivell alt de 48 a 57 i nivell molt alt de 58 a 77 (Taula 6.8).

**Taula 6.8** Distribució del nombre d'estudiants segons nivell d'ajuda percebuda

Nivell d'ajuda percebuda	Estudiants	
	n	%
Nivell molt alt - 58 a 77	16	25,4
Nivell alt - 48 a 57	16	25,4
Nivell moderat - 40 a 47	17	27
Nivell baix - 11 a 39	14	22,2
Total	63	100

El grup que ha patit alguna mort a les pràctiques (n = 53 ) té una valoració global mitjana de les ajudes de 45,5 i el grup que no ha patit cap mort d'usuari a les pràctiques (n= 10) de 54,1 per sobre de la mitjana que és de 46,9. Hi ha 2 persones que no contesten correctament tots els ítems, i aquests no es tenen en compte en l'anàlisi (Figura 6.7).

**Figura 6.7** Valoració dels elements d'ajuda percebuda segons si han viscut la mort d'una persona usuària o no (n=63)





### 6.3 Preocupacions i nivell de competència percebuda

#### Escala de por a la mort i al procés de morir Collet-Lester (ECL)

La mostra estudiada (n=65) té una mitjana global de preocupació o inquietud davant la mort de  $84,6 \pm 11,7$ . De les 4 subescales la preocupació més alta és en relació a la mort de la persona més estimada, amb una mitjana de  $22,7 \pm 3,2$  i al procés de morir de la persona estimada (mitjana  $22,1 \pm 3,2$ ). La puntuació més baixa correspon a la subescala d'inquietud davant la pròpia mort (mitjana  $18,7 \pm 5$ ).

El nivell de preocupació o inquietud comunicat per el alumnes cal considerar-lo elevat, ja que en les puntuacions més altes (4\_molt i 5\_moltíssim) es concentren els percentatges més alts en totes les subescales. Entre els aspectes que mostren més preocupació o inquietud les estudiants de la mostra, davant la pròpia mort i el propi procés de morir són: “morir jove” (61,5%) i el deterior de les pròpies facultats mentals (69,2%). En quant a la mort de la persona més estimada i el seu procés de morir, amb el que mostren més preocupació o inquietud és a “la seva pèrdua definitiva” (81,5%) i a “sentir-se sense recursos per ajudar-la en aquesta etapa” (67,7%) (Taula 6.9).

En el grup que no ha experimentat cap mort d'usuari a les pràctiques s'observa una puntuació més alta de preocupació o inquietud cap a la mort (sumatori total de l'ECL) davant del grup que si que ha experimentat la mort d'un usuari ( ECL 95,3 vs. 85,3). El grup que no ha patit cap mort a nivell personal presenta una mitjana global de l'ECL de 87,1.

**Taula 6.9** Distribució segons subescales de preocupació o inquietud de Collett-Lester en % (n = 65)

Subescales	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchissimo	Mitjana	
	%	%	%	%	%	X	DE
<b>Tu propia muerte</b>						<b>18,7</b>	<b>5</b>
Perder todo lo que tienes en esta vida	7,7	10,8	13,8	24,6	43,1		
No poder sentir o pensar algo nunca más	10,8	9,2	13,8	27,7	38,5		
La imposibilidad total de comunicación	12,3	13,8	13,8	26,2	33,8		
Que nadie te recuerde tras tu muerte	16,9	15,4	12,3	20,0	35,4		
Morir joven	6,2	7,7	10,8	13,8	61,5		
<b>Tu propio proceso de morir</b>						<b>21,1</b>	<b>3,4</b>
Un dolor continuo insoportable	0,0	6,2	7,7	26,2	60,0		
La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas	1,5	7,7	16,9	26,2	47,7		
El deterioro de mis facultades mentales	0,0	1,5	6,2	23,1	69,2		
La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos	3,1	7,7	9,2	27,7	52,3		
La indertidumbre que acompaña el proceso de morir	6,2	9,2	24,6	20,0	40,0		
<b>La muerte de la persona más querida</b>						<b>22,7</b>	<b>3,2</b>
Su pérdida definitiva	0,0	0,0	3,1	15,4	81,5		
El hecho de que no podré verla, sentirla u oírla nunca más	1,5	1,5	1,5	16,9	78,5		
No poder comunicarme con ella nunca más	3,1	1,5	3,1	15,4	76,9		
Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva	3,1	3,1	13,8	20,0	60,0		
Sentirme solo/a sin ella	4,6	1,5	9,2	27,7	56,9		
<b>El proceso de morir de la persona más querida</b>						<b>22,1</b>	<b>3,2</b>
Contemplar su dolor y sufrimiento	1,5	0,0	4,6	13,8	80,0		
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	3,1	3,1	18,5	33,8	41,5		
Contemplar su deterioro mental	1,5	0,0	7,7	33,8	56,9		
Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos	4,6	1,5	10,8	26,2	56,9		
Sentirme sin recursos para ayudarla	0,0	3,1	6,2	23,1	67,7		
						<b>Mitjana global</b>	<b>84,6</b>
							<b>11,7</b>

### Escala de competència percebuda de Wallston (ECP)

La puntuació mitjana de l'Escala de Competència Personal de Wallston és de  $28,8 \pm 3$  amb un rang de 21 a 34 (podent anar de 8 a 48) (Taula 6.10).

Segons els percentils distribuïm les puntuacions amb nivell baix de competència fins a 27 i nivell molt alt a partir de 32. El grup en el que s'observa la competència percebuda més baixa (1er. Quartil de 1 a 27) mostra menys preocupació o inquietud a la mort i al procés de morir globalment. Amb una puntuació mitjana en l'ECL de  $83,2 \pm 13,4$ . Mentre que el que presenta el nivell de competència més alt (4art. Quartil de 32 a 34), mostra globalment més preocupació o inquietud a la mort i al procés de morir (mitjana global de l'ECL de  $89,9 \pm 8,6$ ).

**Taula 6.10** Distribució segons categories de l'escala de competència personal de Wallston (n = 64)

Ítems	MITJANA (DE)	Escala de Wallston						Mitjana	
		1	2	3	4	5	6	X	DE
1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo	<b>4,25 (0,85)</b>	1,5	1,5	9,2	49,2	34,5	3,1	<b>4,2</b>	<b>0,8</b>
2. Normalmente las cosas no salen como las he planteado	<b>3,45 (0,98)</b>	1,5	18,5	26,2	41,5	12,3	0	<b>3,4</b>	<b>1</b>
3. Me resulta difícil solucionar mis problemas	<b>2,69 (1,07)</b>	7,7	44,6	26,2	15,4	4,6	1,5	<b>2,7</b>	<b>1,1</b>
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	<b>4,54 (1,21)</b>	1,5	6,2	10,8	21,5	38,5	21,5	<b>4,5</b>	<b>1,2</b>
5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación	<b>4,28 (0,98)</b>	1,5	1,5	18,5	29,2	44,6	4,6	<b>4,3</b>	<b>1</b>
6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada no lo consigo	<b>2,77 (1,06)</b>	7,7	40,0	24,6	24,6	1,5	1,5	<b>2,8</b>	<b>1,1</b>
7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera	<b>2,17 (0,96)</b>	32,3	36,9	18,5	7,7	3,1	1,5	<b>2,2</b>	<b>1</b>
8. En general soy capaz de conseguir lo que me propongo	<b>4,71 (0,96)</b>	0,0	1,5	10,8	23,1	44,6	20,0	<b>4,7</b>	<b>1</b>
Mitjana global							<b>28,8</b>	<b>3</b>	

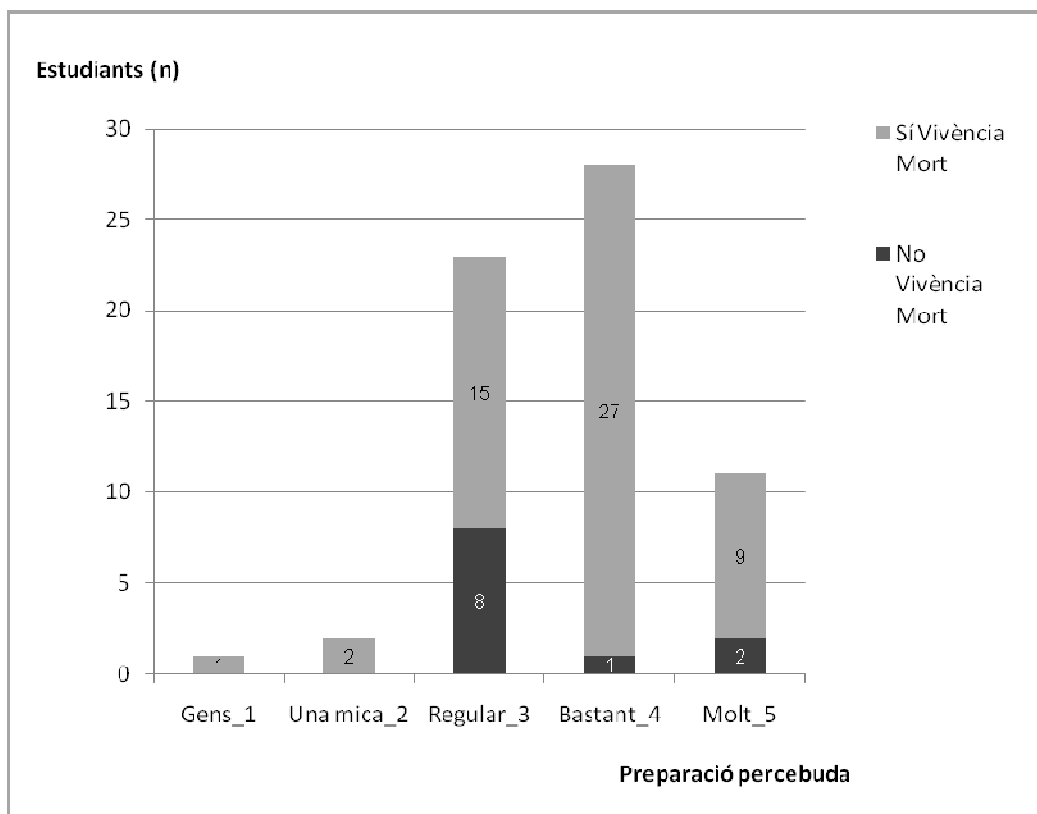
## 6.4 Aspectes de discriminació per raó d'edat

### Preparació emocional

De 1 gens a 5 molt, davant la pregunta “et sens preparat/da des d'un punt de vista psicològic o emocional per tenir cura de persones grans en situació de malaltia avançada i terminal?”, el grup afirma que se sent preparat amb una mitjana de 3,7; per tant se sent entre regular i bastant preparat. Respecte a la percepció de preparació emocional, tant el grup que no ha tingut cap experiència personal de mort com el que l'ha tinguda mostren mitjanes molt properes, (3,8 vs. 3,7). I si mirem l'experiència de mort a les pràctiques, els que no han experimentat cap mort tenen una mitjana de 3,4 i els que si de 3,8. En qualsevol cas, la percepció de competència és de "bastant".

Tal i com es pot observar en la figura 6.8, hi ha més nombre d'estudiants 9 estudiants (81,8%) vs 2 estudiants (18,2%) en la categoria molt que han viscut la mort d'algun usuari a les pràctiques, i 27 estudiants (96,4%) vs 1 estudiant (3,6%) en la categoria bastant (Figura 6.8).

**Figura 6.8** Distribució del nombre d'estudiants segons si han viscut la mort d'una persona usuària o no i la percepció de preparació psicològica o emocional per tenir cura de persones grans en situació de malaltia avançada i terminal



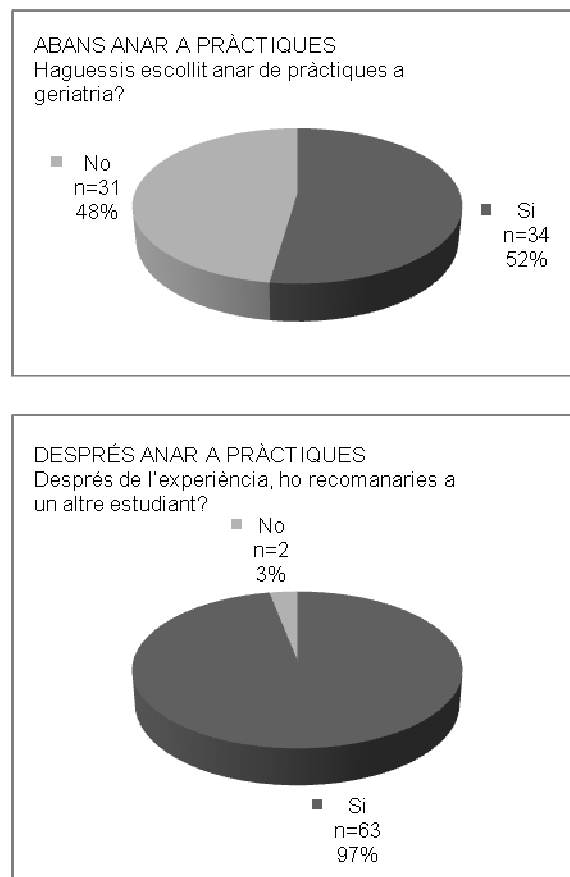
### Importància valorada de l'atenció d'infermeria en l'atenció a la persona gran terminal

Sobre la importància percebuda de les cures d'infermeria en la cura de les persones grans en situació de malaltia avançada i terminal (puntuació d'1 mínima importància, i de 10 màxima) el grup puntuava una mitjana de  $9,1 \pm 1$ .

### Preferència de lloc de pràctiques i recomanació de lloc de pràctiques a geriatria després de l'experiència de pràctiques

No haguessin escollit anar a geriatria de pràctiques 31 (48 %) alumnes. Després de l'experiència totes ho recomanarien a un altre estudiant excepte 2 (3%) persones, les quals tenen un  $IDC > 25$  i que varen viure la mort de persones usuàries a la planta.

**Figura 6.9** Distribució del nombre d'alumnes segons l'elecció o no prèvia a realitzar les pràctiques en l'àmbit de la gent gran i recomanació després de l'experiència de pràctiques (n=65)



## 7 Discussió

El treball ha identificat diferents factors psicosocials que poden afectar la vivència de la mort d'una persona gran en un recurs socio-sanitaris en un grup d'estudiants d'infermeria en el seu primer període de pràctiques, de sis setmanes.

### 7.1 Dades sociodemogràfiques i experiència personal de pèrdua

#### Edat i sexe

Coincideixen les dades d'edat, amb la majoria dels estudis realitzats amb estudiants d'infermeria, en els que la majoria està entre 19 i 20 anys. Tot i que en el present treball no s'ha pogut fer la mitjana ni el rang d'edat per haver tancat l'opció de la variable. El 92,3% són més joves de 30 anys, i sols el 7,7% té més de 30 anys.

En quant al sexe, la gran majoria són dones (86,2%), la qual cosa coincideix amb altres estudis realitzats amb estudiants d'infermeria a Catalunya, (Tomás-Sábado, Guix, 2001) (Colell, 2005), (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011), i a Perú (Brito, Bocaz, Bustos, González, 2008) mentre que altres autors troben un terç de gènere masculí per dos terços de gènere femení, proporcions que consideren habituals en titulacions com infermeria (Schmidt, 2007) a Espanya. A Cuba i Múrcia (Rojas, *et al.* 2004) troben un 25% d'homes en alumnes de ciències de la salut.

#### Mort d'una persona significativa

En relació a l'experiència d'haver patit la pèrdua d'una persona significativa, el present treball mostra una freqüència de 81,5% del total del grup d'estudiants. Similar a altres estudis en estudiants d'infermeria que van trobar un 84,8% (Busquet, Pujol, 2001) i un 81,1% (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011). I superior al 69,2% que havia trobat Schmidt (2007) en el grup d'estudiants d'Espanya.

En altres mostres d'estudiants de psicologia i logopèdia i altres (Bayés, *et al.* 1999), havien experimentat la mort d'una persona estimada en els dos últims anys, un 53,8%. Probablement és menor per haver acotat el temps sols als dos últims anys, quan en el present treball es va demanar per l'experiència que l'estudiant recordava al llarg de tota la seva vida.

Un altre estudi (Huang, Chang, Sun, Ma, 2010) fet a Taiwan va trobar que el 41,6% d'estudiants d'infermeria havia experimentat alguna mort en la seva família (pares o avis).

Hi ha moltes morts de la infantesa "oblidades" per evitar el contacte amb el dolor. Segurament l'ambient d'on i com es fa la pregunta, condiona la resposta. El qual vol dir que, fent algun exercici de connexió, introspecció -respiració i atenció corporal o escriptura creativa, per exemple- es podrien recordar i, per tant, poder evocar més records de morts personals.

### **Dol complicat**

En la mostra estudiada s'observa que un 24% dels que havien patit la mort d'alguna persona significativa i que varen respondre l'IDC, presentaria dol complicat. Considerant dol complicat el criteri de puntuació total >25.

Tot i que no hi ha consens en les prevalences, es considera una dada aproximada entre un 10 i un 20% (Barreto, Yi, Soler, 2008). Del total dels 65 estudiants és un 18,6% la prevalença en aquesta mostra, pel que estaria dins les prevalences de referència.

No es disposen de cap tipus de dades entorn aquest tema amb estudiants, doncs en general es considera que és una població excessivament jove per tenir excessives experiències de dol. Malgrat aquesta presumpció, i donat que gairebé un de cada cinc 1/5 dels alumnes que cursen grau en infermeria tenen criteris de dol complicat, seria força interessant poder-los identificar precoçment i possiblement intervenir-hi com element de recolzament i suport en una carrera en la que necessàriament s'hauran d'afrontar a processos de mort i de pèrdues.

Segurament que caldria fer una entrevista clínica per determinar els criteris de dol complicat als 12 estudiants que varen puntuar >25 punts en l'IDC; el qual s'identificaria per la presència cada dia o en grau intens de 3 dels 4 símptomes d'estrès per la separació afectiva que comporta la mort, de 4 dels 8 símptomes que pot comportar l'estrès per el trauma psíquic que suposa la mort, amb una durada d'aquests trastorns de més de 6 mesos, junt a que hi hagi un trastorn important de deterior de la vida social, laboral o altres activitats significatives de la persona en dol (López de Ayala, Galea, Campos, 2011). Alguns autors (Payàs, 2005) insisteixen en que les respostes d'afrontament de dol complicat, a part d'aplicar-hi el criteri temporal i de pèrdua de funcionalitat, cal que vagin acompanyades d'un deteriorament global en la vida i/o en les relacions de la

persona. En no disposar d'aquestes dades en aquesta mostra, no es pot afirmar inequívocament que el 24% de les estudiants que van patir la mort d'alguna persona significativa, patia un dol complicat, però sí que té una gran probabilitat de patir-lo.

## **7.2 Experiència professional de pèrdua per mort d'usuaris**

### **Quantificació de les primeres experiències de mort**

Onze (17%) estudiants no va experimentar cap mort durant el període de pràctiques mentre que la resta, un 83% sí. I d'aquests, la mitjana era de gairebé 4 usuaris morts per cada estudiant.

La dada és superior a altres estudis: un 76,7% en estudiants de 3er. d'infermeria (Busquet, Pujol, 2001), i un 51% en els tres cursos d'una escola universitària d'infermeria, que va tenir contacte amb la mort en les seves pràctiques clíniques (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011).

Aquesta més alta freqüència segurament podria ser deguda a que va ser la primera vegada que tots els estudiants, amb el nou pla d'estudis, feien les primeres pràctiques en un recurs sociosanitari. D'aquí la importància, de nou, de revisar la preparació idònia, prèvia a la primera experiència de mort a les pràctiques.

Una de les importàncies d'estudiar les primeres experiències de mort en els estudiants, és per què s'ha suggerit que potser la construcció de les actituds respecte a la mort i al suïcidi, es dona al principi dels estudis d'infermeria. Així com, tot i que cal més clarificació, les experiències personals amb les persones que emmalalteixen i moren, l'ansietat, l'edat i l'experiència pot contribuir al grau i la qualitat de la interacció infermera-usuari (Kao, Lusk, 1997).

### **Presencialitat en el moment de la mort**

En el nostre estudi van presenciar el moment de la mort un 46,2% dels estudiants. Percentatge que és alt si tenim en compte que és el primer i únic període de pràctiques que es té en compte. Altres han trobat freqüències similars, d'un 47,3%, però els estudiants havien pogut fer varis períodes de pràctiques doncs en la mostra hi havia estudiants tant de primer, com de segon com de tercer. (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011).

Altres mostren freqüències més baixes. En la seva mostra d'alumnes de ciències de la salut a Múrcia, troben que un 35% dels estudiants han estat presents en el



moment de la mort d'algun usuari (Rojas, *et al.* 2004) . I Bayés va trobar que sols el 11,4% havia presenciat la mort d'alguna persona en els últims 2 anys i un 20,9% al llarg de tota la seva vida (Bayés, *et al.* 1999). Recordem que eren estudiants de psicologia, logopèdia i altres, en aquest estudi no s'informa de que els alumnes haguessin realitzat pràctiques clíniques.

### **Vivència personal de la mort d'usuaris durant les pràctiques**

Davant la pregunta, “com vas viure aquesta experiència?”, la majoria de les experiències de les estudiants estudiades, mostren vivències amb connotacions negatives. Dades que coincideixen amb altres estudis on van trobar que un 70% dels estudiants la qualifiquen com a negativa (Schmidt, 2007) o que afirmen que hi ha impotència, inseguretat i sentiment de confusió (Busquet, Pujol, 2001).

Més de la meitat de la mostra va viure alguna mort d'algun usuari com una situació neutre, és a dir, complexa, un acomiadament no dolorós, natural, única pel moribund o indiferent. Schmidt (Schmidt, 2007) ho va trobar en un 10% dels subjectes en el seu estudi. En l'estudi actual gairebé la meitat de les experiències es valoren com a positives, en l'estudi entre universitaris espanyols i cubans (Schmidt, 2007) va trobar que hi havia un 20% d'estudiants amb experiències de mort positives.

Aquestes dades ens fan pensar que no sempre l'experiència amb la mort és angoixant ni negativa, i que es poden evocar actituds positives (Kübler-Ross, 1989). De totes maneres, el que es planteja aquí és l'experiència de mort d'altres, i que aquests altres són usuaris amb qui, en principi, les estudiants no han creat vincle ni afectiu ni familiar. Pot haver-hi segons el que suggereix l'estudi de Parkes és la relació càlida que s'estableix entre l'estudiant i els usuaris, especialment quan aquests recorden algun familiar propi (Parkes, 1985).

### **Elements d'impacte de la mort d'usuaris durant les pràctiques**

La cura de malalts terminals és la que més preocupa i el que més freqüentment és expressat com a causa d'estrès durant el primer any dels estudis d'infermeria (Parkes, 1985), junt als conflictes interpersonals amb altres infermeres i a la inseguretat sobre les habilitats i competències professionals. Les estudiants perceben un dia a dia amb grans demandes i frustracions.

L'interès en el present treball era veure quins eren els elements més impactants de les situacions on la mort presideix, i el que s'observa en el grup és que impacta: la reacció de la família, el patiment que es genera al voltant, algun

signe o símptoma físic al final del procés, i la pròpia reacció emocional.

Hi ha menys severitat d'impacte en el grup que ha tingut l'experiència de mort d'algun usuari. Probablement el què ens suggereix aquesta observació és que és més temuda una situació per anticipació imaginada que no viscuda (Limonero, 2003). Això reforçaria la idea de programar activitats formatives més vivencials o experiencials de forma anticipada.

Cada situació i cada episodi és únic, però hi ha causes comuns que provoquen ansietat: com respondre adequadament a les pors i a les preguntes directes tant de l'usuari com de la família.

Parkes (1985) comenta que a les estudiants d'infermeria és freqüent que els preocupi el dilema de com respondre a les pors i a les preguntes directes o la comunicació oberta amb la família, i solen expressar frustració quan sembla que hagin d'evitar als familiars. Aquesta autora indica que la inhabilitat a respondre adequadament tant als usuaris terminals com als familiars, amb aspectes morals i ètics al voltant és el problema més gran per a la majoria d'estudiants. Altres aspectes que preocupaven a les estudiants era percebre deficiències en el nivell d'atenció -tant mèdica com d'infermeria-, veure morir sols als usuaris (Parkes, 1985) i dificultats importants de comunicació amb el personal mèdic (Ulla, *et al.*, 2001).

Per a la majoria d'estudiants aquestes situacions creen frustració i evitació, podent ser-ne una possible causa la manca de preparació psicològica (Colell, 2005). Es podria dir que, amb els resultats del que expressa el grup-mostra en el present treball, els aspectes més impactants -la reacció de la família i la pròpia reacció emocional- són deguts a la manca de preparació psicològica i la manca de formació en tècniques de comunicació. I sobre l'impacte expressat de patiment i algun signe o símptoma físic al final del procés, podria mostrar la manca d'eines en control de símptomes i, per tant, la falta de formació en cures pal·liatives.

### **Elements d'ajuda davant la mort d'usuaris durant les pràctiques**

En coherència als elements que la població d'aquest estudi mostra com a més impactants, considera de més ajuda saber gestionar les pròpies emocions, tenir més formació en relació d'ajuda i empatia, tenir més formació en control de símptomes i comunicació, i que algú informés i orientés el procés.

Per tant, sembla que a en aquest grup la formació en acompanyament, en cures

pal·liatives i en preparació psicològica -elements cognitius, elements conductuals, autoconeixement emocional, autoestima o intel·ligència emocional, entre altres- els podria donar eines i recursos per fer front a la situació de final de vida de molts usuaris i les seves famílies.

Ahora comenten que “algú” acompanyés també el procés. Aquest algú tant podrien ser les infermeres de referència dels llocs de pràctiques com les tutores de pràctiques per part de la Universitat.

De fet, el rol de les infermeres sènior en respondre a la inseguretat sobre els coneixements i la competència és considerat de vital importància. Si es respon de forma sensible i amb recolzament, els estudiants poden aprendre, i desenvolupar habilitats d'afrontament més efectives, i guanyar confiança pel futur (Parkes, 1985). En els centres de pràctiques que és on els estudiants han de buscar un model d'aprenentatge, d'actuació i d'identificació amb la professió, molts estudiants es troben molt solts (Gutiérrez, Latorre, 2002), i amb una realitat assistencial a vegades molt lluny dels models i ensenyaments teòrics.

En la primera experiència de mort és especialment important l'ajuda dels “instructors clínics” (Huang, Chang, Sun, Ma, 2010) ,durant el període en el que l'usuari mor i després de la mort d'aquest. Les raons prioritàries que donen inclouen la manca d'experiència, de preparació i suport.

Així també sembla, en el present estudi, en que el grup que sols havia fet el primer període de pràctiques valora més el fet de poder parlar amb la professora de pràctiques de la Universitat en el moment de la mort, més que el grup que havia fet dos períodes en el moment que va realitzar l'enquesta. Fet que podria posar de relleu la pressió més alta de la primera experiència de pràctiques i l'impacte emocional especial dels primers contactes amb la mort. Fent més necessària la necessitat de verbalitzar l'experiència per aconseguir ventilació emocional, amb algú amb més temps i amb més proximitat; i alhora, que aquest professional donés orientació i informació concreta. La pressió assistencial i la generalització de la mort d'usuaris en alguns entorns podria fer que les infermeres assistencials no tinguessin el temps suficient, ni les actituds adequades, ni l'espai habilitat cap aquestes primeres experiències dels estudiants .

La forma en que es pot organitzar aquest suport addicional en moments de més pressió o impacte, és molt variable. Parlar dels problemes és un mecanisme

primari de fer front a l'estrès per una majoria de persones. Però això depèn de les habilitats i ganes dels altres a respondre. Es pot fer de forma més informal, o bé en forma facilitada mitjançant encontres grupals o acompanyament individual (Parkes, 1985).

El grup que ha tingut l'experiència de mort d'algun usuari puntua amb menys intensitat les ajudes que el grup que no ha tingut l'experiència. El que suggereix, per la mateixa explicació que en l'impacte, que podria ser més intensa l'emoció d'una situació per anticipació imaginada que no viscuda (Limonero, 2003).

Alguns aspectes pràctics que es podrien plantejar com elements d'ajuda concrets podrien ser: anticipar la informació en les trobades de preparació de les pràctiques, afegir algun taller específic en l'assignatura Practicum I, en les tutories introduir elements de les ajudes percebudes i aconsellar el contacte, ve per correu electrònic, ve telefònic, per ajudar a la ventilació emocional . en el moment de la mort d'algun usuari.

### **7.3 Preocupacions i nivell de competència percebuda**

#### **Escala de por a la mort i al procés de morir Collet-Lester (ECL)**

Amb independència de si han tingut experiència personal o professional de contacte directe amb la mort, la màxima preocupació que mostren els estudiants en aquest estudi, és en relació a la mort i al procés de morir de la persona estimada; més que al propi. Coincideix amb les troballes d'altres estudis amb estudiants de ciències de la salut (Rojas, *et al.* 2004). Però no coincideix amb altres autors (Bayés, *et al.* 1999) que van trobar la puntuació més alta en el propi procés de morir. Del que es desprèn que, probablement preocupa més el procés d'arribar a la mort, més que el fet de la mort en si. Probablement, tot i que s'hauria de demostrar, en mostres de professionals amb responsabilitat sobre les cures i atencions al final de la vida, preocupa més el procés de l'altre que el propi.

Lester (Lester, 1997), afirma que les puntuacions de la subescala de la por al procés de morir dels altres són normalment més baixes però en l'escala original no es demanava sobre la persona més estimada, les subescales eren "la mort dels altres" i el procés de morir dels altres". Segurament seria d'interès afegir subescales a l'escala sobre la mort i el procés de morir dels altres -que ja hi eren en l'original- i a la mort i el procés de morir de persones grans. Bayés *et al.*(1999) ja ho havien suggerit d'introduir la mort i el procés de persones més grans de 65

anys en aquest tipus de qüestionaris.

Si que coincideix el resultat del grup d'estudiants d'aquest treball amb altres, que la mínima puntuació de preocupació o inquietud es produeix en la subescala de la pròpia mort (Bayés, *et al.* 1999; Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011).

En quant a gènere, està demostrat que la inquietud davant el propi procés i en el del procés de la persona més estimada, és més gran en les dones que en els homes. (Rojas, *et al.* 2004). En la mostra aquí estudiada, també es dona una més alta intensitat amb les dones en tota l'escala.

En la subescala "pròpia mort" mostren més inquietud les dones i els estudiants més joves (en la franja d'edat de 18 a 29 anys).

Es confirma que hi ha puntuacions d'ansietat i por significativament superior pel gènere femení (Tomás-Sábado, 2002) (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011) , i una possible explicació al fet de Tomás-Sábado és que les dones poden admetre i expressar amb més facilitat sentiments de preocupació, i que els homes són més propensos a evitar pensaments sobre la mort, actuant de forma més defensiva davant les idees intrusives de la seva mortalitat. Aquest fet pot comportar, a la llarga, més malestar psicològic doncs en els vells, l'evitació de la mort es relaciona també amb depressió (Wong, Reker, Gesser, 1997).

Un predomini de dones en els diferents estudis mostra més impacte. L'aplicació sobre aquests resultats queda en el terreny de l'especulació, però seria interessant abordar aquest aspecte en futurs estudis utilitzant mostres aparellades a fi de poder investigar si hi ha diferències de gènere entre les vivències davant la mort en estudiants d'infermeria i les seves manifestacions emocionals, cognitives i comportamentals. I, especialment si hi hagués diferències a que són atribuïbles : educació, rol social, expressió emocional, mecanismes d'afrontament o altres factors hipotètics.

De totes maneres no es pot universalitzar la por o la preocupació o la inquietud cap a la mort, (Martínez, Alonso, Calvo, 2001) al contrari de les hipòtesis que van realitzar alguns, van trobar que l'ansietat en un grup de persones grans institucionalitzades, augmenta enlloc de disminuir, com seria d'esperar amb l'edat, i , sobretot augmenta de forma inusitada, en els homes institucionalitzats.

Entre els aspectes que més preocupen o inquieten als estudiants, davant la pròpia mort i el propi procés de morir, és "morir jove" , i "el deterior de les pròpies

facultats mentals”. En quant a la mort de la persona més estimada i el seu procés de morir, el que més preocupa o inquieta és la seva “pèrdua definitiva” i “contemplar el seu dolor i patiment”, seguit de sentir-se sense recursos per ajudar-la en aquesta etapa. Coincideix en un altre estudi (Brito, Bocaz, Bustos, González, 2008) en que el major percentatge i la màxima preocupació són a “morir jove”, “la seva pèrdua definitiva” i “sentir-me sense recursos per a poder ajudar-la”.

Les persones més ansioses, i aquelles amb un trastorn psicològic més gran, mostren una por més intensa a la mort i al procés de morir. (Lester, 1997). L'escala Collett-Lester de la por a la mort i al procés de morir (ECL) es va idear per proporcionar una mesura de l'ansietat davant la mort, que distingís entre la por a la mort i la por al procés de morir, i entre les pors respecte un mateix i respecte als altres. Encara que molts autors l'anomenen escala d'ansietat davant la mort, no ho és específicament.

En el present treball el grup que no ha experimentat cap mort a nivell personal i el grup que no ha experimentat cap mort d'usuaris a les pràctiques mostra un nivell més alt de preocupació global, mentre que en altres estudis (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Aradilla-Herrero, 2011) es troba més nivell de preocupació en els estudiants que han patit la mort d'alguna persona propera i en el grup dels que han vist morir alguna persona usuària; i inferiors -en l'escala de por al procés propi de morir, por a la mort dels altres i al procés de morir dels altres- en els que han tingut contacte amb la mort en les seves pràctiques clíniques. En la mateixa línia argumental que l'impacte i les ajudes percebudes, el que suggereix és que en el grup estudiat és més intensa la preocupació o inquietud d'una situació per anticipació imaginada que no viscuda.

#### **Escala de competència personal percebuda de Wallston. ECPP.**

Sobre el nivell de competència personal percebuda, en el present treball, es troba una mitjana inferior a la d'altres estudis (Fernández-Castro, *et al.* 1998; Colell 2005; Limonero, *et al.* 2010).

Si analitzem la mitjana obtinguda en el treball per cada un dels enunciats de cada ítem (de cinc punts) de l'escala ECP els enunciats positius (l'1, 4, 5 i 8) tenen mitjanes similars a les publicades (Fernández-Castro, *et al.* 1998) amb una mitjana de les diferències de -0,08 punts, mentre que els enunciats que van en direcció contrària (enunciats negatius en els ítems 2, 3, 6 i 7) tenen una mitjana

de diferència de 1,08 punts. Fet que ens fa pensar que probablement els estudiants no van entendre adequadament els ítems en direcció contrària, i que, per tant, és difícil poder comparar els resultats de la mostra estudiada amb resultats d'altres estudis.

Per exemple, Colell (2005) va trobar una correlació significativa baixa entre l' ECP de Wallston i la competència Percebuda enfront a la mort de Bugen, en altres paraules, si una persona se sent competent a nivell general, també s'hi sentirà en relació a la mort i el malalt terminal. Però en la nostra mostra no s'observa així. En el mateix sentit el mateix Colell (Colell, 2004) va observar en professionals, que els que tenen més por a la mort i als morts, presenten menys capacitat de regulació de les seves emocions, menys comprensió de les emocions pròpies i de les dels altres, un nivell elevat d'atenció als sentiments i una menor competència percebuda enfront a la mort. D'aquí la importància de treballar la Intel·ligència emocional en els futurs professionals d'infermeria des del seu ingrés a la Universitat.

En el present treball segurament hagués estat molt útil disposar de dades de competència percebuda davant la mort específicament –com l'escala de Bugen d'afrontament de la mort o l'escala d'auto eficàcia enfront la mort de Robbins- per poder veure realment si a més competència percebuda davant la mort hi ha menys intensitat en les preocupacions, pors o inquietuds en l'ECL.

En altres estudis es demostra que la competència percebuda correlaciona negativament amb l'ansietat davant la mort (Limonero, *et al.* 2010). És a dir, aquells subjectes que presenten uns valors elevats de competència personal, en comparació amb els de nivell més baix, tenen menys ansietat davant la mort. L'ansietat, però, no era objecte en el present estudi.

## **7.4 Aspectes de discriminació per raó d'edat**

### **Preparació emocional percebuda**

En el present treball, la mostra d'estudiants refereix una preparació des d'un punt de vista emocional d' entre regular i bastant, amb una mitjana de 3,7 sobre 5. D'aquests s'observa que se senten més preparats els que no han tingut cap experiència de mort a nivell personal o els que si han viscut la mort d'algun usuari a les pràctiques.

En canvi en un estudi realitzat a Perú a estudiants d'infermeria en el seu primer,

tercer i cinquè any de carrera, la majoria es considerava poc preparat emocionalment o psicològica per cuidar malalts terminals, sols un 20% estava entre bastant i molt preparat. (Brito, Bocaz, Bustos, González, 2008). A diferència amb els estudiants que havien realitzat un curs de cures pal·liatives, en aquest mateix estudi, que el 63% se sentia estar bastant o molt preparat psicològicament.

En un altre estudi realitzat amb estudiants d'infermeria i davant la pregunta de si se sentien més preparats emocionalment per cuidar malalts terminals que per cuidar malalts en generals, sols el 8% responien afirmativament. (Colell, 2006).

Semblaria que els estudiants de la mostra del treball aquí exposat, no tenen gairebé experiència i se senten excessivament preparats, es valoren amb excessiva capacitat en comparació als resultats d'altres estudis similars. Caldria doncs, fer èmfasi en l'augment de coneixements, habilitats i actituds en aquesta àrea emocional. A vegades, l'augment de coneixement o l'experiència amb grups de treball fa "adonar-se" del que un no sabia en el passat. Valoracions sobre l'autopercepció de coneixements, poden disminuir després d'una intervenció educativa, fent conscient la pròpia incompetència.

De totes maneres, no sempre els resultats d'una intervenció educativa té el resultat esperat. Un mateix curs en un col·lectiu d'infermeres i auxiliars, l'ansietat davant la mort millora en les primeres –disminueix- i empitjora –augmenta- en les segones (Tomás-Sábado, Guix, 2001). Probablement hi ha moltes possibles causes, des del nivell de formació prèvia a la implicació en el procés de morir dels usuaris. Altres autors (Tomás-Sábado, Aradilla, 2001) comenten que troben diferències entre el grup control i el grup que va a realitzar un curs de 22 hores de cures pal·liatives ja des de l'avaluació inicial, abans d'iniciar la formació. Pel que dedueixen que hi pot haver components de personalitat i de motivació que intervenen des de l'elecció a fer una determinada assignatura o curs d'educació en una determinada temàtica.

### **Importància valorada de l'atenció d'infermeria en l'atenció a la persona gran terminal**

El grup puntua una mitjana de 9,1/10 la importància percebuda de les cures d'infermeria en la cura de les persones grans en situació de malaltia avançada i terminal.

Encara que diferent (Brito, Bocaz, Bustos, González, 2008), en demanar sobre la



importància de les cures al malalt terminal en la carrera d'infermeria, la majoria dels estudiants li va atorgar una puntuació màxima de 10 punts. Sols un 1,52 va considerar que tenia una importància inferior als 6 punts.

Contràriament a la "crida" feta per l'OMS i per Cicely Saunders, no sembla que les estudiants considerin poc importants les cures d'infermeria en aquests col·lectius.

### **Preferència de lloc de pràctiques i recomanació de lloc de pràctiques a geriatría després de l'experiència**

Gairebé la meitat del grup no hagués escollit anar a un recurs sociosanitari com a opció per a les pràctiques clíniques, similar a altres estudis en els que la majoria preferirien treballar a urgències, a atenció primària i a pediatria, però no en malalts terminals geriàtrics o en malalts terminals de sida (Colell, Limonero, Otero, 2003).

Així una possible causa al baix desig inicial de lloc de pràctiques podria ser que la vellesa implica presència de la mort, impregnada per tot tipus de sentiments (pena, ràbia, tristesa, desesperació, apatia, etc.), i pot generar en els futurs professionals sanitaris tot tipus de reaccions, com pot ser la negació de sentiments, l'activació de pèrdues passades, l'augment de l'ansietat i sentiments de tristesa i por. El procés de morir, no solament el viu l'usuari i la seva família, sinó que també l'equip que l'atén. Els estudiants en ciències de la salut, a vegades, no veuen la necessitat de ser útil o de sentir-se necessitat en l'atenció al malalt terminal, ve per l'orientació cap a curar la malaltia, o ve per la gran distància temporal que hi ha. Estan més a prop del naixement que de la mort, i poden viure el procés d'envellir i el procés al final de la vida amb una gran distància tant psicològica com temporal (Colell, 2005).

Hagués anat bé conèixer els nivells d'ansietat davant la mort previs a l'experiència pràctica doncs, s'ha vist en un grup d'infermeres gerontològiques, a més alts nivells d'ansietat davant la mort es van identificar més actituds negatives davant les persones grans (Eakes, 1985).

Després d'haver passat les 6 setmanes d'experiència de pràctiques, ho recomanarien a un altre estudiant gairebé tots els estudiants, fet que fa pensar que ha estat una experiència satisfactòria i podria ser un indicador de canvi d'actitud enfront la gent gran, l'envelliment i l'atenció pal·liativa a aquest grup de població.

Mentre en altres grups, després d'una intervenció educativa, l'elecció preferida les estudiants d'infermeria, continuava essent pediatria com abans de la formació. Una possible explicació donada és per ser un col·lectiu majoritàriament femení, en el que o per l'instin maternal o per la formació rebuda, el paper cuidador hi és molt present (Colell, 2005).

Però caldria comprovar-ho explicitant més directament les preguntes a les estudiants, és una pura especulació o extrapolació de la informació demanada.

## 7.5 Aportacions del treball

### Limitacions

En aquest treball no s'han analitzat variables sociodemogràfiques com medi rural o urbà, estat físic, situació familiar o creences que podrien ser útils en futures investigacions.

En la variable V8 no hagués calgut tancar, tot i que i havia l'opció "*altres*" per a lliurement expressar diferents vivències, de com es va viure l'experiència. Enlloc d'encorsetar les respostes a tres opcions, hagués estat millor forçar una resposta qualitativa i a partir d'aquí fer els grups posteriorment. Molts pocs estudiants van utilitzar l'opció *altres*, per expressar voluntàriament la seva opció més individualitzada. Potser una dinàmica a l'aula i un espai més reflexiu ho hagués propiciat.

En l'Escala de por a la mort Collet-Lester ECL, es podrien afegir dues subescales: Por a la mort i el procés de morir dels altres (que ja hi havia en l'escala original) i por a la mort i el procés de morir de persones grans.

L'estudi no ha estat dissenyat per a fer inferències estadístiques, hi ha moltes diferències en nombre i homogeneïtat, fent que sigui impossible qualsevol comparació. Es considera que aquest estudi és una primera aproximació descriptiva i estrictament exploratòria a aquesta primera experiència de la mort d'un usuari a les pràctiques, tema i resultats que s'espera que serveixi d'assenyalament o apunt per a futurs estudis que es realitzin en aquest sentit.

### Aportacions del treball

El treball aporta coneixement sobre l'experiència de la mort en un grup d'estudiants d'infermeria, en el que es dona una freqüència elevada tant d'experiències a nivell personal com a nivell de la primera experiència pràctica.

El treball es centra en un grup concret, indicant quins elements impactants formen part del component estressor i quins elements d'ajuda formen el component de suport, d'una experiència potencialment molt estressant, que preocupa i inquieta. Si es pot treballar l'ajust de l'estudiant, el seu futur, tant personal com professional, potser més lliure en el sentit que reaccions tant cognitives com emocionals com de comportament, poden ser més conscients i intencionades, enlloc de respostes automàtiques inconscients.

Poder treballar amb la figura de la tutora de pràctiques com a persona de referència, així com també, amb totes les professores tutores de pràctiques aquests resultats pot ajudar a reforçar el component de suport i a construir un protocol d'actuació que incorpori coneixements i informació a l'estudiant del procés de la mort de l'altre, i demanant concretament que l'estudiant contacti en el moment que mori algun usuari. Potenciant així el rol de la tutoria de pràctiques, paper que ja té, de suport personal i orientació professional.

### **Proposta de noves línies d'investigació**

El disseny d'una activitat formativa prèvia a la primera experiència de pràctiques per minimitzar l'impacte del que es considera l'aspecte més impactant -l'atenció amb el malalt terminal- i en el moment en que es pot redirigir de forma significativa l'actitud enfront la mort de l'altre. L'actuació educativa estaria dirigida a l'aprenentatge individual en eines bàsiques de gestió de les emocions i de comunicació-informació, principis bàsics del dol i de cures pal·liatives. Avaluant mitjançant un disseny de recerca de pre-post-test.

Es podria revisar la preparació dels estudiants prèvia a la primera experiència de pràctiques, fent èmfasi en quin disseny educatiu vivencial podria ser més útil per a millorar la implicació i la vivència en l'atenció a les persones grans en situació de fi de vida, tant en els mètodes com en la durada de la formació. Podria millorar tant la por a la mort, a la comunicació amb els implicats al voltant de la situació de fi de vida, com aspectes de l'ageisme, de la discriminació per raó d'edat.

L'actuació educativa podria anar dirigida també a desenvolupar l'autoconsciència, amb exercicis que milloressin la consciència plena, amb escriptura reflexiva, exercicis d'autoconsciència i d'autocompassió, podent millorar els recursos protectors enfront de l'ansietat i l'estrès. Així també es podria millorar la competència de l'empatia (Kearney, Weininger, Vachon, Mount, 2009).

Altres mesures que es podrien incloure en la intervenció educativa podrien ser en

relació a la prevenció davant la tensió i l'estrès com poden ser: evitar la soledat, disminuir sobrecàrrega d'activitats, aprendre a dir que no, saber delegar si és necessari, procurar cultivar el sentit de l'humor, cuidar la salut, revaluar l'escala de valors, no comprometre's en aquelles responsabilitats que no es puguin portar a terme i organitzar-se el temps lliure i d'oci (SECPAL, 2008).

La figura de la tutora de pràctiques com a persona de referència pren, encara més, un relleu important en l'aprenentatge individual. Dissenyar quins elements formatius i de suport necessitarien el col·lectiu de professors en les tutories, tant de la Universitat com de la realitat clínica, per a millorar la seva intervenció amb els estudiants en el seu primer període de pràctiques, en la seva primera experiència de mort d'alguna persona usuària, podria ser d'utilitat.

En quan a l'acompanyament i el suport, es podria dissenyar un seguiment grupal psicoeducatiu per a la ventilació emocional i aportar contingut de coneixements entorn a la mort, l'acompanyament i el dol. Amb un disseny de grup-control, estudiants que tenen l'IDC > 25 comparant amb un grup control l'evolució durant els 4 anys de grau d'infermeria. S'avaluaria si evolutivament canvia la por, la preocupació o la inquietud cap a la mort i s'augmenten competències d'intervenció tant emocional com tècnica en les situacions de fi de vida.

Per tant, serien tres possibles àrees d'investigació, fent algun tipus d'intervenció educativa psicoeducacional, be a tots els estudiants abans de la primera experiència pràctica, be al col·lectiu de tutors docents i assistencials, o be al grup d'estudiants amb dol complicat.

## 8 Conclusions

Després de veure els resultats en una mostra d'estudiants de 2on. de grau en Infermeria no seleccionada, i de la discussió amb la informació disponible, el que s'observa és:

- Més del 80% de les estudiants d'infermeria en el segon curs de grau, ha viscut la mort d'alguna persona significativa. I el 83% d' estudiants ha experimentat la mort d'algun usuari durant les seves primeres pràctiques. Gairebé la meitat ha presenciat el moment de la mort.
- De les estudiants que han viscut alguna mort a nivell personal el 23% té dol complicat.
- La majoria de les vivències de morts d'usuaris tenen una connotació negativa, però algunes poden ser neutres i positives. Més de la meitat de les estudiants han tingut alguna experiència neutra i al voltant de la meitat expressen alguna experiència satisfactòria.
- Els elements que el grup mostra com a més impactants són: la reacció de la família, en segon lloc el patiment generat al voltant, en tercer lloc algun signe o símptoma físic al final del procés i en quart lloc la pròpia reacció emocional.
- El grup mostra més severitat d'impacte si no ha experimentat a les pràctiques la mort d'algun usuari.
- Els elements de més ajuda observats són saber gestionar les pròpies emocions, tenir més formació en relació d'ajuda i empatia, tenir més formació en control de símptomes i comunicació, i que algú informés i orientés el procés.
- La població estudiada té més preocupació per la mort i el procés de morir de la persona estimada i menys per la pròpia mort.
- Tot i que la meitat no hagués escollit geriatria com opció a les primeres pràctiques clíniques, gairebé tot el grup ho recomanaria després de l'experiència.

És molt important una formació orientada a la gestió de les pròpies emocions i a l'augment de competències en relació d'ajuda, empatia i cures pal·liatives, per poder oferir el millor acompanyament a les persones grans que pateixen en una

situació de fi de vida i a tots els del seu voltant.

L'aprenentatge és un procés individual i requereix, en funció de les vivències personals prèvies i de les experiències a la pràctica clínica, una tutorització i seguiment individualitzat que orienti, informi i que faciliti aprenentatges sobretot en el primer període de pràctiques i en la primera experiència de mort d'un usuari gran en el context professional.

L'atenció amb les persones grans -un grup vulnerable massa sovint, que va en augment-, en una situació de vulnerabilitat com és la situació al final de la vida, requereix i requerirà en el futur, professionals preparats i conscienciats, amb actituds i competències adequades, afectives i efectives. Per a promoure la dignitat en un moment únic i irrepetible.

## 9 Referències bibliogràfiques

- Amurrillo, L.M., Limonero, J.T. (2007). El concepto de duelo en estudiantes universitarios. *Medicina Paliativa*, 14(1), 14-19.
- Airès, P. (2011). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus, Santillana ediciones.
- Barbero, J. (2006). La muerte de un ser querido. Duelo y adaptación en las personas mayores. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores, Lecciones de Gerontología, III*. Obtingut de: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/barbero-muerte-01.pdf>. Consultat el 15/02/2010.
- Barreto, P., Yi, P., Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* 5(2-3), 383-400.
- Bayés, R. (2010). Ubuntu. *Medicina Paliativa* 17(1), 3-4.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E., Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina paliativa*, 6(4), 140-3.
- Benbunan, B., Alfaya M.M., Chocrón, S., Cruz, F., Villaverde, C., Roa, J.M. (2005). El impacto emotivo del hospital. *Revista ROL de enfermería* 28(10), 675-682.
- Blanco, A., Antequera-Jurado, R. (1998). La muerte y el morir en el anciano. En Salvarezza, L. (comp.). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. (pp. 285-314). Barcelona: Paidós.
- Bonafont, A. (2010). Els significats canviants de l'edat. Representacions socials i prejudicis. [Apunts Assignatura Infermeria Geriàtrica, curs 2010-2011]. Vic: Escola Universitària de Ciències de la Salut. Universitat de Vic. Consultat el 23/04/2011.
- Bonafont, A. (2010). Introducció a la infermeria gerontològica. [Apunts Assignatura Infermeria Geriàtrica, curs 2010-2011]. Vic: Escola Universitària de Ciències de la Salut. Universitat de Vic. Consultat el 23/04/2011.
- Breitbart, W. (2010). Acceptance of death as a goal of psychosocial palliative care. *Medicina Paliativa*, 17(1), 4.
- Brito, D., Bocaz, T., Bustos, M., González, R. (2008). Actitudes, emociones y percepción de la preparación asistencial y emocional de los estudiantes de enfermería ante la muerte y el enfermo terminal. *Medicina Paliativa*, 16(3), 152-158.
- Buckman, R. (1998). *Com donar les males notícies. Una guia per a professionals de la salut*. Vic: Eumo Editorial.

- Busquet, X., Pujol, T. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*, 8(3),116-19.
- Colell, R., Fontanals, A. (1993). *Las relaciones humanas en enfermería*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.
- Colell, R., Fontanals, A., Rius, P. (1993). Atención al enfermo terminal. Trabajo en equipo. *Revista ROL de enfermería* 177, 56-58.
- Colell, R., Limonero, J.T., Otero, D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación Psicológica*, 5(2),104-12.
- Colell, R., Limonero, J.T., Nuin, C., Ballesté, J., Blanco, J. (2004). Implicación de la Inteligencia Emocional en profesionales de Cuidados Paliativos. Sevilla: VII encuentro de investigación en enfermería.
- Colell, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. (Tesis Doctoral). Barcelona: Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Colell, R. (2006). Relación entre la inteligencia emocional y la motivación para trabajar en cuidados paliativos en estudiantes de enfermería. *Medicina Paliativa*, 13(4), 186-191.
- Comas, M., Javaloyes, N. (2000). Proceso de adaptación psicosocial a la fase terminal. En Die, M., López, E.: *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. (pp. 159-174). Madrid: Ades ediciones.
- Cruz, F., García, M.P. (2007). *Dejadme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Edl Pirámide.
- De Vlieger, M., Gorchs, N., Larkin, P., Porchet, F. (2004). Palliative nurse education: towards a common language. *Palliative Medicine*, 18, 401-3.
- Departament d'Educació (2007). Graus de Parentiu. Serveis Territorials de Barcelona II. Generalitat de Catalunya. Consultat el dia 6/04/2011.
- Eakes, G. (1985). The relationship between death anxiety and attitudes toward the elderly among nursing staff. *Death studies*, 9, 163-172.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135.
- Espinosa, J.A., López, C., Galea, T., Sánchez, R., Alonso, M.E., Cuervo, M.A.,... Varillas, M.P. (2008). *Seguimiento del duelo en cuidados paliativos*. Guía clínica. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E., Sanz, A. (1998). Adaptación de la escala de Competencia Personal de Wallston. *Ansiedad y estrés*, 4(1), 31-41.



- Ferris, F., Gómez-Batiste, X., Fürst, C.J., Connor, S. (2007). Implementing Quality Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 533-541.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
- García-García, J.A., Landa, V. (2007). El duelo. *Guías Clínicas* 7(26). Grupo de estudios de Duelo de Vizcaya. Obtingut de [www.fisterra.com/guias2/duelo.asp](http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp) Consultat el 20/12/2010.
- García-García, J.A., Landa, V., Trigueros M.C., Calvo, P., Gaminde, L. (1996). El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Atención primaria*, 18(9), 475-479.
- García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M., Gaminde, I. (2005). Inventario Texas revisado de duelo: adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, (35), 353-358.
- García- García, J.A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., Andollo L., Pombo, H. (2007). Proyecto de investigación para evaluar la eficacia de los “cuidados primarios de duelo (CPD)” en viudas: un ensayo clínico aleatorizado por médicos. *Medicina Paliativa*, 13(3), 174-178.
- Gil-Julià, B. Bellver, A. Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psiconcología*, 5(1), 103-116.
- Gómez-Batiste, X., Espinosa, J., Porta-Sales, J., Benito, E. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135(2), 83-89.
- Gorchs, N., Espauella, J. (1999). Formación de cuidados paliativos en geriatría. “de profesor a facilitador”. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 34 (S2), 53-8.
- Gutiérrez, M<sup>a</sup>.I., Latorre, I., (2002). Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes de primer curso. *Metas de enfermería*, (49), 50-3.
- Guix, X. (2005). *Si no lo creo, no lo veo. Cómo construimos nuestra imagen del mundo y de nosotros mismos*. Barcelona: Ediciones Granica.
- Huang, X.Y., Chang, J.Y., Sun F.K., Ma, W.F. (2010). Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *J Clin Nurs*, 19, 2280-90.
- Kao, S.F., Lusk, B. (1997). Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying. *Int. J. Nurs.Stud.* 34(6), 438-443.
- Kearney, M., Wininger, R., Vachon, M., Harrison, R., Mount, B. (2009). Self-care Physicians Caring for Patients at the End of Life. *JAMA*, 301(11),1155-1164.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Editorial

Grijalbo.

- Lacasta, MA., García Rodríguez, ED. *El duelo en cuidados paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos Obtingut de [http://secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=1](http://secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1). Consultat el 6/02/2011.
- Lester, D. (1997). Escala de miedo a la muerte Collett-Lester. En R.A. Neimeyer (Comp.), *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. (pp. 57-72). Barcelona: Editorial Paidós.
- Limonero, J.T. (2003). Emocions, estrés i salut. En Limonero, J.T.(ed.) *Motivació i emoció*. (pp. 235-254). Barcelona: UOC.
- Limonero, JT., Lacasta, MA., García-García JA., Maté, J., Prigerson, HG. (2009) Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-97.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 16(2-3), 177-188.
- López de Ayala, C., Galea, T., Campos, R. (2011). *Guía clínica seguimiento del duelo*. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.
- Lorenz, K.A., Rosendfeld, K., Wenger, N. (2007). Quality indicators for palliative and end-of-life care in vulnerable elders. *JAGS*, 55,S318-S326.
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores, 14. Obtingut de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>. Consultat el 21/12/2010.
- Martínez Pascual, B., Alonso Valera, J.M., Calvo Francés, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22(5), 176-182.
- Mancini, AD., Pressman DL., Bonanno GA. (2008). Clinical Interventions with the Bereaved. En Carr, D.S., Ness, R.M., Wortman, C.B. *Spousal bereavement in late life*. (pp. 255-277). New York: Springer Publishing Company.
- NANDA Internacional (2010). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier.
- Navarro, J. (1994). *Modelos i teories del procés d'envelliment humà*. Barcelona: PPU, Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Neimeyer, R.A. (1997). Las actitudes hacia la muerte en la vida adulta: epílogo. En Neimeyer R.A. (Comp.) *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*.(pp 267- 279). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer R.A. (1987). An orientation to personal construct therapy, en Neimeyer, R.A., Neimeyer G.J. (Comps.), *Personal construct therapy casebook*. (pp.

- 3-19). Nova York: Springer.
- OMS (2004). Davis, E., Higginson, I.J. (Eds.) *Better Palliative Care for Older People*. World Health Organization WHO.
- OMS (2011). Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A.D., Costantini, M., Higginson, I.J. (Eds.) *Palliative care for older people: better practices*. World Health Organization WHO
- Parkes, C.M. (1980). Aspectos psicológicos. En Saunders, C. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. (pp.59-87). Barcelona: Salvat Editores.
- Parkes, K.R. (1985). Stressful episodes reported by first-year student nurses: a descriptive account. *Soc.Sci. Med.* 20(9), 945-953.
- Payàs, A. (1998). Ponència II Congreso Nacional de la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECPAL) (pp. 281-286). Santander.
- Payàs, A. (2007). Intervención grupal en duelo. Sociedad Española de Oncología Médica. *Duelo en oncología*,169-182.
- Payàs, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Madrid: Editorial Paidós.
- Perry, B. (2008). Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Can Oncol Nurs J*, 18(2), 87- 99.
- Richardson, VE. (2008). Implications for public policies and social services. En Carr, D.S., Ness, R.M., Wortman, C.B. *Spousal bereavement in late life*. (pp. 279-313). New York: Springer Publishing Company.
- Rojas, P., Armero, D., Campos, M., Muñoz, G., Hernández V.M., Riquelme, M., González, A. (2004). Actitud de los jóvenes universitarios de las ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. *Enfermería científica*, 264-265, 61-68.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. (2a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Salvarezza, L. (1998) (comp.). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Saunders, C. (1965). Watch with Me. *Nursing times* (26),1615-17.
- Saunders, C. (2003). *Whatch with Me. Inspiration for a life in hospice care*. Lancaster: Observatoy Publications.
- Schmidt, J. (2007) Validación de la versión española de la "Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "Perfil revisdo de actitudes hacia la muerte": Estudio comparativo transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. (Tesis doctoral). Granada: Editorial de la Universidad de Granada.

- SECPAL. (2008). Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: Arán editores.
- Tomás-Sábado, J., Aradilla, A. (2001). Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería. Eficacia de la metodología experiencial. *Enfermería Científica*, 234-235, 65-72.
- Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.
- Tomás-Sábado, J., Guix, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería clínica*, 11(3), 104-109.
- Twycross, R.G., Lack, S.A. (1987). *Terapèutica del pacient amb cancer terminal*. Vic: Eumo Editorial.
- Ulla, S., Arranz, P., Argüello, M.T., Ramos, J.L., Del Rincón, C. (2001). Acercamiento al enfermo en situación terminal: Implicaciones para la formación de enfermería. *Enfermería Científica* 234-235, 73-76.
- Wong, P., Reker, G., Gesser, G. (1997). Perfil revisado de actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida multidimensional. En Neimeyer R.A. (Comp.), *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. (pp. 131-158). Barcelona: Editorial Paidós.

## **10 Annexos**

### **10.1 Annex I- Quadern de recollida de dades (QRD)**

CODI: M2

Núm. ENQUESTA \_\_\_\_\_

**En tota l'enquesta, encercla el número que millor representa la teva opció**

1- sexe: home \_\_\_\_ 1 dona \_\_\_\_ 2

2- edat: 18 a 29 \_\_\_\_ 1 30-59 \_\_\_\_ 2

**EXPERIÈNCIA PERSONAL de pèrdues per mort**

3- Has patit la mort d'un familiar o d 'algú molt estimat  
**SI** \_\_\_\_ 1 **NO** \_\_\_\_ 2 (passar a la pregunta 6)

4- Si has contestat **SI**: qui o quines persones?  
 pare-mare, fill-filla o sogre-sogra \_\_\_\_ 1  
 avi-àvia, germà-germana, net-neta \_\_\_\_ 2  
 oncle-tieta \_\_\_\_ 3  
 cosí-cosina \_\_\_\_ 4  
 altres: \_\_\_\_\_

5- Si has dit **SI** et demano que contestis les següents preguntes pensant amb la mort de qui consideris més significatiu:

ITEM	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1.- Pienso tanto en la persona que ha fallecido, que me resulta difícil hacer las cosas cómo las hacía normalmente	0	1	2	3	4
2.- Los recuerdos de la persona que murió me trastornan	0	1	2	3	4
3.- Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida	0	1	2	3	4
4.- Anhelo la persona que murió	0	1	2	3	4
5.- Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida	0	1	2	3	4
6.- No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte	0	1	2	3	4
7.- No me puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
8.- Me siento aturdido por lo sucedido	0	1	2	3	4
9.- Desde que el/ella murió, me resulta difícil confiar en la gente	0	1	2	3	4
10.- Desde que él/ella murió, me siento cómo si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban	0	1	2	3	4
11.- Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que el/ella falleció	0	1	2	3	4
12.- Siento dolores en la misma zona del cuerpo del cuerpo o tengo algunos de los síntomas que tenía la persona que murió	0	1	2	3	4
13.- Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar recuerdos de la persona que murió	0	1	2	3	4
14.- Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	0	1	2	3	4
15.- Escucho la voz de la persona fallecida hablándome	0	1	2	3	4
16.- Veo a la persona que murió de pie delante de mí	0	1	2	3	4
17.- Siento que es injusto que yo viva mientras que el/ella ha muerto	0	1	2	3	4
18.- Siento amargura por la muerte de esa persona	0	1	2	3	4
19.- Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano	0	1	2	3	4

**EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL de mort durant les pràctiques:**

**6-** Durant el 1er. Període de pràctiques, el **nombre de persones** usuàries que es van morir a la planta on feies les pràctiques va estar de \_\_\_\_\_

(SI NO HAS EXPERIMENTAT CAP MORT A LES PRÀCTIQUES passar a la pregunta 11)

**7-** Vas presenciar el moment de la mort?

**SI** \_\_\_\_ 1    **NO** \_\_\_\_ 2

**8-** Com vas viure aquesta experiència? **Subratlla totes les opcions** en les que t'identifiquis

a) *De manera desagradable, dolenta, dolorosa, frustrant, horrible, tràgica, dramàtica, angoixant, dura, sense saber com actuar, impactant,... com si fos pròpia*

b) *Complexa, un acomiadament no dolorós, natural, única pel moribund, indiferent...*

c) *Enriquidora, bona, satisfactòria, amb aprenentatge, amb esperança, una transició cap a un altre mon...*

Altres:

**9-** De l'experiència de la mort estant a pràctiques, puntua de **l'1 al 7** el teu nivell d'impacte en els següents aspectes. A més puntuació, més impacte:

\_\_\_\_\_ Algun signe/síntoma físic al final del procés del difunt

\_\_\_\_\_ El patiment generat al voltant

\_\_\_\_\_ Veure el cos del mort

\_\_\_\_\_ Tocar el cos del mort

\_\_\_\_\_ La soledat del difunt

\_\_\_\_\_ La reacció de la família

\_\_\_\_\_ La reacció de l'equip d'infermeria

\_\_\_\_\_ La meva pròpia reacció emocional

Altres:

**10-** De l'experiència de la mort estant en pràctiques, puntua de **l'1 al 7** els següents aspectes que tu creus que et van ajudar o t'haguessin pogut ajudar. A més puntuació, més ajuda:

\_\_\_\_\_ Saber gestionar les meves emocions

\_\_\_\_\_ No relacionar-m'hi per no patir-hi

\_\_\_\_\_ Tenir els meus dols personals resolts

\_\_\_\_\_ Tenir formació en relació d'ajuda i empatia

Annexos

- \_\_\_\_\_ Tenir formació en control de símptomes i comunicació
- \_\_\_\_\_ Preveure abans de les pràctiques els possibles incidents crítics o impactants
- \_\_\_\_\_ Poder parlar amb la tutora de pràctiques de la Universitat en el moment de l'incident
- \_\_\_\_\_ Que algú em facilités verbalitzar la mort, les circumstàncies, creences, pensaments... a l'entorn
- \_\_\_\_\_ Que algú m'ajudés a expressar els meus sentiments i fer una ventilació emocional
- \_\_\_\_\_ Que algú m'informés del procés i m'orientés
- \_\_\_\_\_ Més disponibilitat de la tutora de pràctiques

Altres:

*(passar a la pregunta 14)*

---

**11- Si no has experimentat cap mort**, respon com et sembla que seria per tu l'experiència en el cas que visquessis d'aprop la mort d'una persona gran. **Subratlla totes les opcions** en les que t'identifiquis

- a) *De manera desagradable, dolenta, dolorosa, frustrant, horrible, tràgica, dramàtica, angoixant, dura, sense saber com actuar, impactant,... com si fos pròpia*
- b) *Complexa, un acomiadament no dolorós, natural, única pel moribund, indiferent...*
- c) *Enriquidora, bona, satisfactòria, amb aprenentatge, amb esperança, una transició cap a un altre mon...*

Altres:

---

**12- En el cas de no haver experimentat cap mort**, respon quins dels següents aspectes et sembla que t'impactarien més si visquessis a prop la mort d'una persona gran. Puntua de l'**1 al 7** el teu nivell d'impacte. A més puntuació, més impacte:

- \_\_\_\_\_ Algun signe/síntoma físic al final del procés del difunt
- \_\_\_\_\_ El patiment generat al voltant del malalt
- \_\_\_\_\_ Veure el cos del mort
- \_\_\_\_\_ Tocar el cos del mort
- \_\_\_\_\_ La soledat del difunt
- \_\_\_\_\_ La reacció de la família
- \_\_\_\_\_ La reacció de l'equip d'infermeria
- \_\_\_\_\_ La meva pròpia reacció emocional

Altres:

---



**13- En el cas de no haver viscut cap mort**, quins dels següents aspectes et sembla que t'ajudarien. Puntua d'1 al 7. A més puntuació, més t'ajudaria:

- \_\_\_\_\_ Saber gestionar les meves emocions
- \_\_\_\_\_ No relacionar-m'hi per no patir-hi
- \_\_\_\_\_ Tenir els meus dols personals resolts
- \_\_\_\_\_ Tenir formació en relació d'ajuda i empatia
- \_\_\_\_\_ Tenir formació en control de símptomes i comunicació
- \_\_\_\_\_ Preveure abans de les pràctiques els possibles incidents crítics o impactants
- \_\_\_\_\_ Poder parlar amb la tutora de pràctiques de la Universitat en el moment de l'incident
- \_\_\_\_\_ Que algú em facilités verbalitzar la mort, les circumstàncies, creences, pensaments... a l'entorn
- \_\_\_\_\_ Que algú m'ajudés a expressar els meus sentiments i fer una ventilació emocional
- \_\_\_\_\_ Que algú m'informés del procés i m'orientés
- \_\_\_\_\_ Més disponibilitat de la tutora de pràctiques

Altres:

**14- Fins a quin punt et preocupen o t'inquieten els aspectes de la mort i del procés de morir que s'esmenten a continuació?**

**Valora de l' 1 al 5 el teu nivell de preocupació o inquietud en cada una de les següents afirmacions:**

1	2	3	4	5
Gens	Una mica	Regular	Molt	Moltíssim

**1.- Tu propia muerte:**

- Perder todo lo que tienes en esta vida	1	2	3	4	5
- No poder sentir o pensar algo nunca más	1	2	3	4	5
- La imposibilidad total de comunicación	1	2	3	4	5
4. Que nadie te recuerde tras tu muerte	1	2	3	4	5
5. Morir joven	1	2	3	4	5

**2.- Tu propio proceso de morir:**

1. Un dolor continuo insoportable	1	2	3	4	5
2. La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas	1	2	3	4	5
3. El deterioro de mis facultades mentales	1	2	3	4	5
4. La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
5. La incertidumbre que acompaña el proceso de morir	1	2	3	4	5

**3.- La muerte de la persona más querida:**

1. Su pérdida definitiva	1	2	3	4	5
2. El hecho de que no podré verla, sentirla u oírla nunca más	1	2	3	4	5
3. No poder comunicarme con ella nunca más	1	2	3	4	5
4. Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva	1	2	3	4	5
5. Sentirme solo/a sin ella	1	2	3	4	5

**4.- El proceso de morir de la persona más querida**

1. Contemplar su dolor y sufrimiento	1	2	3	4	5
2. Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	1	2	3	4	5
3. Contemplar su deterioro mental	1	2	3	4	5
4. Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
5. Sentirme sin recursos para ayudarla	1	2	3	4	5

---

15- Indica si estàs d'acord en les afirmacions, tenint en compte la puntuació següent:

Totalment en desacord 1	Força en desacord 2	Una mica en desacord 3	Una mica d'acord 4	Força d'acord 5	Totalment d'acord 6	
1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo	1	2	3	4	5	6
2. Normalmente las cosas no salen como las he planteado	1	2	3	4	5	6
3. Me resulta difícil solucionar mis problemas	1	2	3	4	5	6
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4	5	6
5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación	1	2	3	4	5	6
6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada no lo consigo	1	2	3	4	5	6
7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera	1	2	3	4	5	6
8. En general, soy capaz de conseguir lo que me propongo	1	2	3	4	5	6

16- Et sens preparat/da des d'un punt de vista psicològic o emocional per tenir cura de persones grans en situació de malaltia avançada i terminal?

Gens \_\_\_\_ 1      Una mica \_\_\_\_ 2      Regular \_\_\_\_ 3      Bastant \_\_\_\_ 4      Molt \_\_\_\_ 5

17- Puntua la importància que tenen per tu les cures d'infermeria en la cura de persones grans en situació de malaltia avançada i terminal. Puntua d'1 a 10.

(Una puntuació d'1 seria la mínima importància, i 10 la màxima): \_\_\_\_\_

**I per últim:**

18- Haguessis escollit anar de pràctiques a geriatria? **SI** \_\_\_\_ 1      **NO** \_\_\_\_ 2

19- Ara, després de l'experiència, ho recomanaries a un altre estudiant? **SI** \_\_\_\_ 1      **NO** \_\_\_\_ 2

**MOLTES GRÀCIES per la teva insubstituïble col·laboració!**  
**Aquesta enquesta és totalment anònima, voluntària i confidencial.**  
**Vic, 13 d'abril del 2011**

## 10.2 Annex II- Informació llegida abans del QRD

*“Us demano la vostra col·laboració per al meu Treball final de màster TFM com a estudiant del Màster de la U Vic Màster Universitari ENVELLIMENT ACTIU. Prevenció i bases per a una atenció integrada. El treball és sobre els estudiants d'infermeria enfront la mort de les persones grans, en el seu primer període de pràctiques, i us demano la vostra col·laboració emplenant un qüestionari.*

*El qüestionari és totalment anònim, voluntari i la informació totalment confidencial.*

*Té per objectiu explorar alguna part de l'experiència en les primeres pràctiques.*

*Saber quines són les vostres necessitats, expectatives, opinions... pot ajudar per una millor preparació de les competències requerides abans d'anar a les pràctiques per a futurs estudiants.*

*De com complimentar el qüestionari:*

*Encerclar el número en cas que hi és, o anotar un número (de l'1 al 7, o del 0 al 10) o subratllar. Segons indiqui.*

*També teniu la possibilitat en algunes preguntes “d'altres” al final com a pregunta oberta per afegir el que cregueu convenient*

*Veureu que en funció d'alguna resposta afirmativa o negativa, es passa a la següent pregunta o a unes més endavant (està indicat en cursiva). Hi ha un màxim de 16 preguntes per estudiant, alguns 15 altres 16. En funció de l'itinerari.*

*Veureu que alguns qüestionaris són en castellà, és per preservar la versió validada de l'escala, ja que en català no ho està.*

*És molt important complimentar degudament tot el qüestionari per així tenir validesa a l'hora de l'anàlisi. Si no l'enquesta es donarà per nul·la.*

*Us agraeixo la vostra insubstituïble participació. Sense la col·laboració dels altres no seria possible la recerca. Espero que en el futur, vosaltres també pugueu fer la vostra pròpia recerca i tingueu força col·laboradors.*

*El temps previst per a l'acompliment total del qüestionari és d'entre uns 15' i 20' segons l'itinerari.”*

## 11 Agraïments

Agraeixo en primer lloc la insubstituïble col·laboració dels i les estudiants de segon de Grau en Infermeria del curs 2010-2011, i també la bona predisposició de la Direcció de l'Escola Universitària de Ciències de Salut (EUCS), que m'ha permès poder tenir l'oportunitat de tirar endavant aquesta recerca dins de la Universitat de Vic.

El present treball és fruit de la complicitat i el suport de diferents persones, a les quals també dono el meu agraïment:

A la Sara Puigví, l'Aina Roca i l'Anna Gorchs, per la seva paciència i gran efectivitat en el suport tècnic en l'estadística i la presentació formal i estètica, respectivament, d'aquest treball.

A l'Ester Busquets, entre passadissos, per la disponibilitat, informació concisa i ànims quotidians per anar avançant en el projecte.

A la Cinta Sadurní, com a Coordinadora d'infermeria de l'EUCS, pel seu suport pràctic incondicional i per les seves reiterades reflexions en el marc teòric; i també com a companya, pel seu afecte i saviesa.

A l'Alba Payàs, per les converses telefòniques inicials, les propostes de concreció en el quadern de recollida de dades, la disponibilitat i suport bibliogràfic.

A la Clara Gomis, per ajudar-me a encetar l'arduós i solitari camí de construcció del treball.

Al Manel Dionís Comas, per les seves aportacions amb el sistema harmònic adaptatiu i per haver compartit el component de suport moltes vegades.

A l'Anna Bonafont, per la seva incansable constància i per ser l'abecé de referència en els apunts d'infermeria gerontològica.

Al Xavier Guix, pels comentaris en aspectes del treball fora del marc teòric, i per ser una "parada" dolça i nutritiva en el camí.

A l'incansable i constant Josep Porta, segon capità d'abord, pels seus cops de timó, decisius. Per mi ha estat el director tècnic del projecte.

Ja per acabar, al director del treball, el Dr. Ramon Colell i Brunet, per la bona entesa, disponibilitat i també diligència en moments més conflictius i durs al llarg del recorregut del viatge.

Hi ha moltes més persones, amics i amigues, que han estat i són suports incondicionals, però que farien el llistat interminable. Els faig extensiva la meua gratitud a totes elles.