

RAMON COLELL BRUNET

**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 dirigida por el Dr. Joaquim Timoteo LIMONERO GARCÍA

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Unitat de Psicologia Bàsica

Facultat de Psicologia

Universitat Autònoma de Barcelona

AÑO 2005

Para ti Kathleen, por todo tu apoyo,

comprensión,

y amor incondicional

Per tu Pol, em sento orgullós de que siguis el meu fill. Veure com dia rera dia vas creixent,
m'ajuda a viure i creure en l'amor per damunt de tot.

Para mis padres y hermanos por todo el amor y comprensión que
he recibido de ellos.

Y MIS AGRADECIMIENTOS TAMBIEN:

Para todos los miembros del equipo de la U.F.I.S.S. del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida con quien he compartido momentos de tristeza pero también de crecimiento personal. Para ti Pepita Barrera, Maite Juvero, María Nabal, M^a Concepció Naudí, Carmeta Ormo, Conchita Palomar, Josep Porta, Marisa Ramírez, y Carmina Vicente de Vera. Gracias por todo vuestro apoyo y afecto.

A M^a Dolores Otero y M^a Jesús Hidalgo, profesoras del Departamento de Enfermería de la Universidad Hispalensis de Sevilla. Gracias por vuestra comprensión y la ayuda que en todo momento me prestasteis.

Para Josep Santacreu profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Vic. Gracias por facilitarme el trabajo de la investigación en tu Universidad. Y también, por creer en la amistad.

A todos los alumnos que han participado de forma voluntaria en esta investigación. Gracias a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Lleida, de la Escuela de Enfermería de Vic y de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla, en concreto a los alumnos del Hospital Universitario Virgen de Macarena, del Hospital Universitario Virgen de Valme y del Hospital Universitario Virgen de Quiñones de Sevilla. Vosotros habéis sido la parte más importante de esta investigación. Gracias por vuestra colaboración.

A Jaume March, que me ha ayudado en el apartado del análisis estadístico. Por las horas que hemos compartido no sólo números y resultados sino también por todos los momentos en los que hemos hablado de la vida, de la Psicología, de las clases, de la Universidad, de los hijos...

Un especial agradecimiento al profesor Ramon Bayés, por todo el interés y apoyo que he encontrado en él a lo largo de los cursos de doctorado y en las múltiples ocasiones en que hemos compartido aspectos relacionados con la atención al enfermo terminal. Gracias por todas las horas dedicadas a potenciar el factor humano en los cuidados paliativos.

A Manel Dionís, que a lo largo de muchos años ha trabajado para destacar la importante labor del psicólogo en los equipos de atención al enfermo terminal. Sin duda, su saber y sus investigaciones, han servido para que el aspecto emocional se tuviera muy presente en la atención a dichos enfermos. Yo y muchos psicólogos hemos aprendido de él. Gracias por creer en nuestra labor profesional.

Para todos los profesores de la Escuela de Enfermería de Lleida, con los que he compartido momentos de ilusión, de esperanza, de tensión, de lucha, de crecimiento y de madurez.

Y todo mi agradecimiento a Joaquim Limonero, amigo y director de esta tesis. Son muchas las horas compartidas, muchas las dudas que me han surgido y muchas las horas de paciencia que has tenido conmigo. Espero que estés satisfecho del resultado final. Yo lo estoy por todo tu apoyo y comprensión. Gracias una vez más.

Í N D I C E

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. PARTE TEÓRICA..... | 5 |
| 1.1. La muerte..... | 7 |
| 1.1.1. Aspectos epidemiológicos de la muerte | 7 |
| 1.1.1.1. La muerte por cáncer | 7 |
| 1.1.1.2. La muerte por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida..... | 7 |
| 1.1.1.3. La muerte por enfermedad geriátrica..... | 9 |
| 1.1.2. Aspectos socioculturales de la muerte..... | 10 |
| 1.1.2.1. Sociología de la muerte | 10 |
| 1.1.2.2. Vivencia de la muerte..... | 11 |
| 1.1.3. Análisis psicológico de la muerte..... | 12 |
| 1.1.3.1. Perspectiva histórica..... | 12 |
| 1.1.3.2. Concepto de muerte..... | 13 |
| 1.1.3.3. Ansiedad, miedo y muerte..... | 13 |
| 1.1.3.4. Evaluación de la ansiedad y del miedo ante la muerte..... | 14 |
| 1.2. El proceso de morir | 19 |
| 1.2.1. El enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal | 19 |
| 1.2.1.1. Descripción del proceso de enfermedad avanzada y terminal..... | 19 |
| 1.2.1.2. Cuidados paliativos. Fundamentos históricos | 20 |
| 1.2.1.3. Cuidados paliativos. Definición | 21 |
| 1.2.1.4. Características de la enfermedad terminal..... | 22 |
| 1.2.1.5. Bases de la terapéutica..... | 23 |
| 1.2.1.6. Instrumentos básicos | 24 |
| 1.2.2. Enfermería, ansiedad y miedo a la muerte | 30 |
| 1.2.3. Enfermería y cuidados paliativos | 32 |
| 1.2.4. Enfermería y docencia en cuidados paliativos | 33 |
| 1.3. Actitudes ante la muerte | 37 |
| 1.3.1. Concepto y naturaleza de la actitud..... | 37 |
| 1.3.2. Concepto y naturaleza de la actitud..... | 38 |
| 1.3.3. Evaluación de las actitudes..... | 39 |
| 1.3.4. Funciones de las actitudes en la educación sobre la muerte..... | 39 |
| 1.3.5. Cambio de actitudes y educación sobre la muerte..... | 40 |
| 1.4. Procesos emocionales ante la muerte y el morir..... | 43 |
| 1.4.1. Autoeficacia y Competencia Percibida | 45 |
| 1.4.2. La Inteligencia Emocional (IE) | 48 |

| | |
|--|-----|
| 2. PARTE EMPÍRICA..... | 53 |
| 2.1. Objetivos y justificación de la investigación | 55 |
| 2.1.1. Objetivos | 55 |
| 2.1.2. Hipótesis | 56 |
| 2.1.3. Justificación | 57 |
| 2.2. Estudio 1: estudio principal..... | 59 |
| 2.2.1. Objetivos | 59 |
| 2.2.2. Método | 59 |
| 2.2.2.1. Sujetos..... | 59 |
| 2.2.2.2. Instrumentos..... | 59 |
| 2.2.3. Procedimiento | 63 |
| 2.2.4. Resultados | 65 |
| 2.2.5. Discusión estudio principal..... | 136 |
| 2.3. Estudio 2: estudio experimental..... | 153 |
| 2.3.1. Objetivos | 153 |
| 2.3.2. Método | 153 |
| 2.3.2.1. Sujetos y lugar de la investigación..... | 153 |
| 2.3.2.2. Instrumentos..... | 154 |
| 2.3.3. Procedimiento | 155 |
| 2.3.4. Resultados | 157 |
| 2.3.5. Discusión estudio experimental | 204 |
| 2.4. Discusión global..... | 213 |
| 2.5. Conclusiones | 219 |
| REFERENCIAS..... | 223 |
| A N E X O S | 237 |
| A N E X O I..... | 238 |
| A N E X O II..... | 255 |
| A N E X O III..... | 261 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado de muchas horas de análisis teóricos y de vivencias personales por ser miembro durante siete años, de un equipo de cuidados paliativos. Años en los que viví de cerca, la muerte y la posterior elaboración del duelo. Estos años pasados al lado de la muerte del enfermo al final de su vida, me han servido para valorar la importancia del soporte emocional que necesita tanto el enfermo como el familiar o cuidador, y sobre todo, valorar la importancia de los cuidados paliativos en el momento final de la vida.

Por otro lado, quisiera resaltar, que si importante y necesario es el soporte emocional al enfermo moribundo, tanto o más es la preparación emocional del personal sanitario que está día a día trabajando al lado de la muerte. En este sentido, es sabido que la vivencia del proceso de morir genera un amplio abanico de actitudes y respuestas emocionales que se han de tener en cuenta en el momento de preparar al personal sanitario, siendo las más frecuentes la ansiedad, el miedo y la depresión (Limonero, 1996, 1997; Busquets y Pujol, 2001).

En la actualidad y en nuestra sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos cotidianos (Bayés *et al.* 1999). Esta negación social de la muerte lleva a esconder y medicalizar la misma, prefiriendo una muerte rápida, y que se produzca a poder ser, cuando uno está durmiendo (Azulay, 2000).

Siguiendo en esta línea, los profesionales sanitarios no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos (Colell, Fontanals y Rius, 1993). El personal sanitario y en concreto, el colectivo de Enfermería, que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte (Tomás-Sábado y Guix 2001).

Teniendo presentes los argumentos anteriores, es evidente que para prestar la mejor atención posible al enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en Enfermería, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos. Como señalan Bayés *et al.* (2000), cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e

irreversible, y por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejora de la formación de los profesionales de la salud en general, y de Enfermería en particular, consistirá en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás.

Así pues, el objetivo de esta investigación es aportar nuevos datos que ayuden a mejorar la formación en cuidados paliativos en los profesionales de Enfermería. Una formación que a nuestro entender, se debe de iniciar en la Universidad y a lo largo de los tres años que en la actualidad duran los estudios de esta disciplina. Por ello, nuestro objetivo ha sido analizar actitudes y aspectos socioculturales que pueden incidir en la motivación o deseo de trabajar con enfermos terminales en estudiantes de Enfermería.

Para llevar a término este objetivo, se han analizado variables que puedan intervenir en el deseo de trabajar en un futuro profesional, con enfermos al final de su vida. Ello puede repercutir muy favorablemente en la formación del futuro profesional de Enfermería ya que si se sabe que aspectos pueden facilitar el deseo de trabajar con enfermos en proceso de morir, se podrá a lo largo de los tres años de carrera potenciar estos aspectos, lo que puede repercutir con el tiempo, en una mejor atención al enfermo terminal al tener el profesional de Enfermería una mejor predisposición y una mejor preparación. Y por otro lado, no se puede olvidar que un profesional preparado y motivado es la mejor garantía para mantenerse libre del burn-out, que puede generar el estar día a día con la muerte, el dolor, la tristeza, la agonía y el duelo.

Este trabajo consta de una parte teórica y otra empírica. La **parte teórica** se compone de dos capítulos. El primero de ellos se refiere al tema de la muerte. En este capítulo se describen aspectos epidemiológicos, socioculturales y psicológicos de la muerte. El segundo capítulo abarca algunos de los principales aspectos que se dan en el proceso de morir. Este capítulo se inicia con una descripción del enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal. A continuación se definen varios aspectos en los que Enfermería se ve involucrada: ansiedad y miedo a la muerte, atención al enfermo moribundo, cuidados paliativos, y docencia. Otro apartado de este segundo capítulo, se refiere al importante tema de las actitudes ante la muerte, para terminar haciendo una exposición de algunas variables psicológicas y emocionales que pueden modular, en cierto modo, los procesos emocionales ante la muerte y el proceso de morir como son la Autoeficacia, la Competencia Percibida y la Inteligencia Emocional.

La **parte empírica** consta de tres capítulos. En el primero se plantea la justificación y los objetivos de este trabajo. En el segundo, se exponen los instrumentos utilizados y el análisis del estudio realizado con 444 estudiantes de Enfermería, así como la discusión del mismo (Estudio 1). En el capítulo tercero se muestran los resultados obtenidos antes y después de una intervención docente con 177 alumnos de Enfermería sobre la atención al enfermo terminal y la consiguiente discusión (Estudio 2). Este trabajo concluye con el apartado de la discusión global y las conclusiones que hemos extraído del mismo.

1. PARTE TEÓRICA

1.1. La muerte

1.1.1. Aspectos epidemiológicos de la muerte

1.1.1.1. *La muerte por cáncer*

El futuro profesional de Enfermería tendrá que atender a un porcentaje muy elevado de pacientes afectados por cáncer. El cáncer es, quizás la enfermedad que dada su evolución y pronóstico, da lugar al desarrollo de los cuidados paliativos en todo el mundo. Partiendo de una visión general del cáncer y de acuerdo con los datos facilitados por la Comisión de las Comunidades Europeas (1990), a partir del año 2000, uno de cada tres europeos tendrá algún cáncer a lo largo de su vida, siendo en la actualidad, la segunda causa de muerte en los países occidentales después de las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, los tumores malignos, afectan a todas las edades, aunque con una mayor frecuencia en la franja de edad que oscila de los 55 a los 65 años. Algunos tumores, como por ejemplo, las leucemias agudas o tumores germinales, se presentan principalmente, en niños y jóvenes, mientras que otros, como el cáncer de próstata, páncreas y mieloma, son típicos de edades más avanzadas (Gómez-Sancho, 1994). En Europa, el cáncer de pulmón es, en los hombres, el que genera un mayor número de muertes (Comisión de las Comunidades Europeas, 1990). Así mismo, en relación a las mujeres, el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad de todos los países de la Unión Europea. En España, el cáncer de mama afecta a una de cada diez mujeres, y cada año se diagnostican alrededor de 9.000 nuevos casos. En cuanto al cáncer de mama en el mundo, el número de muertes aumenta un 1% al año. Sólo en E.E.U.U., mueren por esta causa alrededor de 45.000 mujeres (Usieto, 1996). En España, en la década de los noventa murieron de cáncer cerca de 80.000 personas y se estima que cada año aparecen 120.000 nuevos casos.

El incremento medio anual de diagnósticos de cáncer se estima en un 3.45% para la población masculina y en un 1.9% para la femenina (INE, 1993). Este incremento se debe tanto a los hábitos de la sociedad moderna (consumo de sustancias de alto riesgo como el tabaco y el alcohol), como al envejecimiento progresivo de la población (Bayés 1991).

1.1.1.2. *La muerte por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*

Un número elevado de enfermos en proceso de morir que tendrá que atender el futuro profesional de Enfermería, será el de los enfermos afectados por el Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Las características de la enfermedad hacen que estos enfermos también sean subsidiarios de ser atendidos por equipos de cuidados paliativos.

En las dos últimas décadas, el SIDA, se ha convertido en uno de los problemas más serios de salud pública en el mundo. Desde que en 1981 el Centro de Control de Atlanta describiera el SIDA en homosexuales y hasta nuestros días, su incidencia ha ido aumentando de forma vertiginosa, de tal manera que las tasas acumuladas de afectados ascienden a 53 millones de personas, y de ellos han muerto más de 19 millones (Estébanez, 2001). En España, se han declarado 56.500 casos en la década de los noventa, con una incidencia anual de 9,3 por 100.000 habitantes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Atender y cuidar a este tipo de enfermos puede generar reacciones de rechazo debido, principalmente, al miedo al contagio. Ferrer (2002), observa que este miedo se hace patente cuando el 70% de los sujetos de su investigación opina que los enfermos de SIDA deberían de ser atendidos en un área específica, contemplándose la posibilidad de los llamados “sidarios”. Así mismo, casi el 50% de los encuestados (colectivo de Enfermería), tanto menores como mayores de 30 años, solicitarían el cambio de unidad si hubieran de tratar de forma habitual a enfermos de SIDA. Por otro lado, el 80% de los profesionales de Enfermería, opinaba que un profesional portador del virus, no debería trabajar en el ambiente sanitario; aspecto que se podría explicar por el hecho de percibir una posibilidad real de contagio para los enfermos, como también, por intentar evitar el contacto físico y cotidiano con un afectado.

La actitud negativa del personal de Enfermería para atender a enfermos de SIDA, es descrita también en otros trabajos. Rovira *et al.* (1994), destacan que el 40% de los profesionales de Enfermería, solicitaría el cambio de puesto de trabajo si tuvieran que cuidar de forma asidua, a enfermos de SIDA. Antolín, Fernández y Rodríguez (2000), describen que el 60% de los estudiantes de Enfermería son partidarios de realizar un análisis de sangre a todos los enfermos ingresados en el hospital para la detección del VIH.

Ante esta realidad, diversos autores (Bellido, Navarro y González 1990; Baylor y McDaniel, 1995; Fernández y Machín, 1998), opinan que el trabajo más continuado y frecuente con enfermos de SIDA mejora la actitud hacia dichos enfermos. Al mismo tiempo, el mayor nivel de conocimientos, experiencia e información, parece influir en una mayor disposición a cuidar a este tipo de enfermos. Sin embargo, Ferrer (2002), señala que no ha encontrado dicha relación, sino que la mejora significativa del grado de información y conocimientos del personal de Enfermería no se correlacionaba con el cambio positivo de actitud. Si al miedo al contagio le añadimos el miedo a la muerte, podemos hacernos una idea

de lo difícil que en el ámbito emocional, debe ser atender a enfermos terminales de SIDA. Ante esta evidencia, opinamos junto a Ferrer (2002), que los planes de formación no deberían limitarse a aumentar los conocimientos generales, sino que se debería de potenciar los aspectos psicosociales de la enfermedad mediante la impartición de cursos que sirvieran para aumentar las habilidades de los profesionales de Enfermería para superar miedos y prejuicios no justificados ni acordes con la información que poseen, ayudándoles a realizar los oportunos cambios de comportamiento que puede generar una educación sobre el enfermo de SIDA.

1.1.1.3. *La muerte por enfermedad geriátrica*

Dado el actual envejecimiento de la población, no cabe duda de que el futuro profesional de Enfermería tendrá que atender a un elevado número de personas ancianas en su proceso de morir. Los enfermos geriátricos constituyen en la actualidad, un grupo importante dentro de los cuidados al enfermo en situación de enfermedad terminal. Por lo general, el diagnóstico de enfermos terminales se realiza por exclusión, después de comprobar la falta de respuesta a los tratamientos normalizados y a los procesos de rehabilitación. Son enfermos que presentan una pluripatología que involucra diversos sistemas orgánicos. Otro aspecto importante, es la dificultad de comunicación que manifiestan así como la presencia de estados confusionales, demencias o accidentes cerebrovasculares. A nivel psicosocial, presentan una gran dependencia, a menudo una pobre calidad de vida y un porcentaje elevado de ellos, carecen de un entorno afectivo adecuado (Schröder, 1996).

También como en el caso del enfermo de SIDA, nos interesa saber hasta qué punto el profesional de Enfermería está motivado para trabajar con este tipo de enfermos. En este sentido, varios son los estudios citados por Neimeyer (1997), en los que se pone de relieve la baja motivación que manifiesta el personal de Enfermería para trabajar con este tipo de enfermos. Por otro lado, se pregunta si la actitud del propio cuidador hacia la muerte puede tener una gran influencia en sus actitudes hacia los ancianos. Es decir, en qué medida las actitudes negativas hacia los ancianos, pueden estar mediatizadas por la ansiedad ante la muerte. DePaola *et al.* (1997), realizaron un estudio en el que entre otros aspectos, se describe que la ansiedad hacia el propio envejecimiento correlaciona con una visión negativa de los ancianos. Así mismo, los sujetos que tenían más miedo a la muerte estaban más ansiosos respecto a su envejecimiento. No obstante esta relación no es tan clara. Neimeyer *et al.* (1997), basándose en una investigación anterior, se preveía que el personal de geriatría, comparado con un grupo control, tendría niveles más altos de preocupación por la muerte, y en consecuencia, actitudes más negativas hacia los ancianos. No fue así, los sujetos del

grupo control que tenían profesiones que no estaban relacionadas con la muerte presentaron niveles más altos de preocupación por la muerte. Como señala Neimeyer, una posible explicación es que el personal de geriatría trata la muerte y el proceso de morir cotidianamente y puede que se haya insensibilizado a la muerte y a su impacto. Pero otra explicación plausible, es la posibilidad de aceptar la muerte para mantener el empleo, en los contextos geriátricos, y la aclimatación a la muerte como parte de la vida y como consecuencia de tener dicho empleo. Pero como remarca el autor, en términos más generales, es importante explorar los distintos determinantes culturales y personales en las actitudes hacia el envejecimiento, de los que los niveles personales de miedo y amenaza a la muerte son sólo dos ejemplos. En este sentido, estamos de acuerdo con Neimeyer ya que aspectos culturales y sociales como pueden ser una mayor atención a los ritos y festejos fúnebres, un mayor respeto a la muerte y a los muertos, un mayor apego social y afectivo a la familia y a la gente mayor entre otros factores, pueden ser elementos que determinen una actitud más positiva en la atención al enfermo geriátrico.

1.1.2. Aspectos socioculturales de la muerte

1.1.2.1. *Sociología de la muerte*

Cuando nos propusimos investigar las posibles causas que intervienen en la motivación de cuidar enfermos terminales, tuvimos siempre presente la importancia del factor cultural como elemento determinante de una actitud de acercamiento al enfermo moribundo. Partiendo de esta realidad, un objetivo de la investigación era analizar las actitudes de los estudiantes del Enfermería del norte y del sur de España con relación a la atención al enfermo terminal, y en concreto, valorar la importancia de la cultura a los muertos, así como los aspectos sociológicos que están presentes potenciando y reforzando rituales, celebraciones y festejos alrededor de la cultura de la muerte. Entre estos aspectos sociológicos y culturales podemos poner de ejemplo la celebración de la Semana Santa de Sevilla, mimada, cuidada y sentida por miles de personas o la asistencia al Rocío en donde se mezcla la tradición, la fiesta y el culto a la Virgen. Por otro lado, también cabe destacar la pertenencia a una cofradía religiosa como uno de los aspectos socioculturales más valorados y queridos en la comunidad andaluza. Este culto y veneración por la muerte, el arraigo popular por lo religioso y por el respeto a los muertos y a la muerte, no se manifiesta de igual forma ni con igual intensidad en la comunidad catalana. Religión y culto a los difuntos se dan la mano y servirá para que un elevado número de personas pueda elaborar y expresar sentimientos y

emociones relacionadas con la muerte, los difuntos y la fe entre los ciudadanos andaluces. Así pues, creemos que la capacidad de expresar emociones relacionadas con la muerte, puede ser un elemento que facilite el deseo de cuidar a enfermos al final de su vida. De ahí nuestro objetivo al comparar estas dos comunidades ya que en relación al aspecto religioso y en lo concerniente al culto a los muertos, presentan diferencias socioculturales importantes.

Pero este arraigo cultural sobre todo lo relacionado con la muerte en el sur de España, no es el reflejo de los cambios socioculturales que con relación a la muerte y el proceso de morir ha sufrido nuestra sociedad occidental actual en las últimas décadas. Como señala Limonero (1994), si comparamos la percepción actual de la muerte con la que se tenía en épocas anteriores, se puede observar que antes había un mayor contacto con la muerte dado que la mayoría de las personas morían en su casa acompañados de sus familiares y amigos y en donde, incluso a los niños se les permitía despedirse de algún familiar o amigo moribundo. La atención sanitaria se realizaba en el hogar y el proceso de agonía era más corto, debido a la escasez de recursos materiales y tecnológicos que no daban lugar al encarnizamiento terapéutico. Por otro lado, los rituales en la elaboración del duelo se hacían más patentes: los entierros eran públicos y con asistencia de mucha gente, el velatorio del muerto se realizaba en casa, la elaboración del duelo se mostraba públicamente con la forma de vestir y los rituales religiosos que se realizaban cada cierto tiempo.

1.1.2.2. *Vivencia de la muerte*

En la actualidad, el contacto con la muerte nada tiene que ver con la vivencia de hace unas décadas. La mayoría de los niños no han visto una persona enferma o grave pudiendo llegar a la edad adulta sin haber experimentado y vivido una pérdida. Es más, se les aparta del dolor, la enfermedad y la muerte llevándolos a otros hogares para que no “sufran” por la pérdida del familiar. Es probablemente por ello, que en estos momentos, la mayoría de los fallecimientos se producen en hospitales o en instituciones sociosanitarias dando lugar al desplazamiento institucional de la muerte. Como señala Corr (1993), los avances técnico-sanitarios, el aumento de la profesionalidad y la especialización en el cuidado de los enfermos en situación terminal, han posibilitado esta nueva realidad.

Por otro lado, los cambios experimentados en la estructura familiar (disminución de la natalidad, incorporación de la mujer al mundo laboral y la nuclearización de la familia), junto al aumento de la expectativa de vida, generando un incremento del número de personas ancianas, ha originado que en las grandes ciudades de los países desarrollados, alrededor del

80% de las muertes se den fuera del hogar, en instituciones públicas o privadas (Thomas, 1991).

Otro aspecto importante, consecuencia de los cambios sociales, culturales y económicos que ha padecido la sociedad actual, es la *desocialización* de la muerte, en otras palabras, la falta de solidaridad y abandono de los enfermos, de los moribundos, y de los difuntos (Thomas, 1991).

Para finalizar este apartado, queremos mencionar un aspecto cada vez más importante desde un punto de vista sociocultural, que es la atención a la población inmigrante cada día más numerosa en nuestro país. En este sentido y como señala Vissandjée y Dupére (2000), es necesario una preparación del futuro personal de Enfermería, sobre todo en el proceso de morir, ya difícil de por sí, y más cuando la cultura, las emociones y como no, la lengua, pueden dificultar, el buen morir de las personas llegadas de otros países.

1.1.3. Análisis psicológico de la muerte

1.1.3.1. *Perspectiva histórica*

No es hasta mediados de los años 50 cuando el tema de la muerte se convierte en un área de estudio dentro de la Psicología. Feifel edita en 1959 *The meaning of death*, -el significado de la muerte-, un compendio de estudios sobre la muerte, entre los que se incluyen trabajos de Jung, Murphy y Kastenbaum, entre otros, dando lugar al redescubrimiento del fenómeno de la muerte desde una perspectiva psicológica e interdisciplinar (Kastenbaum y Costa, 1977).

En las décadas de los sesenta y setenta aparece el interés por las personas moribundas. Entre otros autores resaltaremos a Hinton, que publica en 1977 *Dying*, obra en la que se trata el proceso de morir desde la óptica del enfermo, de la familia y del personal sanitario. Destacar también, la labor de la psiquiatra Kübler-Ross, que publica en 1969, *Death and dying*, en la que expone la experiencia del contacto diario con el enfermo en situación terminal y sus allegados. Su gran aportación es la descripción del proceso caracterizado por etapas emocionales que pasa el enfermo desde que se le diagnostica la enfermedad maligna hasta el final del proceso de morir.

A finales de los años 70 y hasta nuestros días, desde un punto de vista psicológico, el interés se centra en el análisis de los aspectos psicosociales del proceso de morir y del

duelo. Parkes (1972); Stedeford (1984); Saunders (1980) y Twycross y Lack (1987), son algunos de los autores que más han aportado en este sentido.

En nuestro país, las aportaciones al desarrollo de la Psicología de la Muerte han ido aumentando de forma paulatina. Entre otros, citaremos a Urraca (1982), Catalán (1990), Centeno (1993), Limonero (1994) y Schröder (1996), que en sus tesis doctorales, han abordado los aspectos psicosociales del proceso de morir. Por otro lado, no podemos dejar de lado, la importante labor y la influencia que han tenido, entre otros, los trabajos de Arranz (1996), Bayés (1991,1998), Barreto (1994), Comas (1990, 1991, 1992) y Tomás-Sábado (2001, 2002).

1.1.3.2. *Concepto de muerte*

Desde una perspectiva psicológica, la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual (Kastenbaum y Costa, 1977). En este proceso, la muerte se puede contemplar a partir de tres aspectos: el biológico, el psicológico y el social. Aunque en realidad, la muerte en sí misma, es un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico entre otros aspectos. En este sentido, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, acto, final, principio e incógnita (Blanco-Picabia, 1993).

Centrándonos en la muerte psicológica, añadiremos que ésta va paralela a la muerte física y social. El enfermo terminal se va muriendo poco a poco y va diciendo adiós al amor, a las ilusiones y a las esperanzas. Por otro lado, aumentan los miedos al más allá, al sufrimiento de los últimos días, a que pasará con sus familiares, al olvido. Pero también es importante resaltar, que este proceso de morir, lo experimentan los familiares y/o cuidadores que están día a día con el enfermo al final de su vida. La muerte psicológica también penetrará en la esfera del familiar que a través del duelo tendrá que aceptar que todos nos morimos un poco en la pérdida del ser querido. En este sentido, cuidar al cuidador es una labor importante y necesaria ya que puede facilitar el buen morir del enfermo al final de la vida (Colell y Limonero, 2003).

1.1.3.3. *Ansiedad, miedo y muerte*

Como señala Carpintero (2000), la ansiedad es un tema lleno de facetas y dimensiones diversas. Es un estado psicofísico que se sobrepone a las demás conductas, e introduce una desorganización importante en la psiquis humana. Miguel-Tobal (1990), manifiesta que la ansiedad puede ser definida como *una respuesta emocional o patrón de respuestas que*

engloba aspectos cognitivos de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos así como elementos motores. Así pues, la respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos o acontecimientos externos como por estímulos internos al sujeto, por ejemplo pensamientos, creencias, recuerdos, etc.

Para Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido.

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. Ambos términos, el miedo y la ansiedad, en ocasiones se utilizan indistintamente tanto en el lenguaje común, como en el científico (Feifel y Nagi, 1981). Pero Neimeyer (1997), señala que podría ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás más inaccesible a la conciencia. En términos parecidos, para Dobler (1974), la ansiedad sería un estado emocional negativo que carece de objetivo específico. Sería como tener miedo a algo, sin saber que es ese algo, mientras que el miedo sería lo que experimentamos cuando podemos localizar y describir la fuente de nuestras preocupaciones. Es decir, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc. (Limonero 1994).

Para Kastenbaum y Aisenberg (1972), el hecho de no saber el cómo, el cuándo, el dónde y el por qué de la muerte de una persona, o simplemente, preguntarse que hay después de la muerte, genera ansiedad.

Dentro de los aspectos psicológicos del proceso de morir, la investigación de la ansiedad y el miedo ante la muerte son los aspectos más estudiados. A continuación expondremos algunas de las investigaciones al respecto.

1.1.3.4. *Evaluación de la ansiedad y del miedo ante la muerte*

Para la medición de la ansiedad se han utilizado tanto técnicas directas- entrevistas y autoinformes, como técnicas indirectas- respuestas psicofisiológicas, tests proyectivos, etc., siendo los primeros los más utilizados. Los investigadores que más han contribuido al desarrollo y utilización de las escalas de ansiedad ante la muerte son Lester y Templer, (1992-

1993). La escala más conocida y utilizada en la mayoría de las investigaciones es la Death Anxiety Scale –DAS- desarrollada por Templer. La DAS fue concebida, en un principio, para estudiar la ansiedad ante la muerte como un constructo unidimensional (Templer, 1970). Pero años más tarde, el mismo Templer, sugiere la existencia de dos factores que podrían explicar la ansiedad ante la muerte. La salud psicológica general y las experiencias relacionadas con la muerte (Templer, 1976). Posteriormente, diversos estudios han llevado a modificar la DAS para que este instrumento pueda discriminar mejor la ansiedad con relación a diferentes variables (Neimeyer, 1997).

La ansiedad ante la muerte medida mediante la DAS, se ha intentado correlacionar con diversas variables: edad, sexo, religión, personalidad, salud, etc. Las conclusiones que se derivan de algunos de estos estudios son:

- Las mujeres son más ansiosas que los hombres (Millar, Davis y Hayes, 1993; Tomás-Sábado, 2002).
- No existe diferencia entre los diferentes grupos de edad respecto a la ansiedad ante la muerte (Lonetto y Templer, 1988; Tomás-Sábado 2002).
- La depresión está asociada positivamente con la ansiedad ante la muerte (Hintze, Templer, Cappllety y Frederik, 1993).
- La ansiedad ante la muerte está relacionada con ciertos elementos de la personalidad, tales como neuroticismo y emocionalidad (Thorson y Powell, 1993).
- La relación entre religión y ansiedad ante la muerte no está muy clara ya que los estudios presentan resultados dispares. Templer y Dotson (1970), no observan ninguna relación entre religión y ansiedad en un grupo de estudiantes universitarios. Resultados similares ha obtenido Ramos en estudiantes universitarios españoles, ancianos y diplomados en Enfermería (Ramos, 1982). No obstante, Lester (1991), establece que las personas muy religiosas manifiestan una baja ansiedad ante la muerte.
- Para Lonetto y Templer (1988), la ansiedad ante la muerte no depende de la ocupación profesional. Pero para Tomás-Sábado (2002), las auxiliares de Enfermería presentan un nivel más alto de ansiedad que las enfermeras.

Con relación al miedo a la muerte, las metodologías empleadas han sido muy diversas, desde métodos indirectos a través de pruebas proyectivas, asociación de palabras y registros psicofisiológicos, a métodos directos como entrevistas, administración de cuestionarios, escalas, etc. Dada la gran variedad de técnicas utilizadas y muestras utilizadas, la comparación de resultados es difícil de realizar (Kastenbaum y Costa, 1977). Estos autores señalan que uno de los mayores problemas metodológicos que se observan en este tipo de investigaciones, es la falta de estudios longitudinales y la utilización de escalas no valoradas psicométricamente. Esta problemática es analizada y tratada en profundidad por Neimeyer en su obra *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (Neimeyer, 1997). En dicha obra, se hace un exhaustivo estudio de los aspectos psicométricos de las principales escalas y cuestionarios utilizados para medir la ansiedad y el miedo ante la muerte.

El instrumento más utilizado en la evaluación del miedo a la muerte ha sido la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (Collet-Lester, 1969). Dicha escala contiene cuatro factores que denotan la multidimensionalidad del miedo a la muerte: a) *miedo a la propia muerte*; b) *miedo a la muerte de otras personas*; c) *miedo al proceso de morir de uno mismo*; y d) *miedo al proceso de morir de otros*. Una revisión de esta escala se puede ver en Neimeyer (1997). En nuestro país, Bayés *et al.* (1999), aplicaron una versión modificada de esta escala a estudiantes universitarios. Entre otras conclusiones, destacan que lo que genera más ansiedad es el ítem: “*Tu propio proceso de morir*”, mientras que otro ítem: “*Tu propia muerte*” es el que produce menor ansiedad. Es decir, que la propia muerte preocupa menos que su proceso. Con anterioridad, Lester (1967) en una revisión de los estudios realizados con su escala llega a las siguientes conclusiones:

- a) Con relación al sexo, se observa que las mujeres temen más a su propia muerte y la temen más que los hombres.
- b) El miedo a la muerte puede variar en función del trabajo u ocupación de la persona. Como señala Neimeyer (1997), en general, las personas que tienen ocupaciones peligrosas o relacionadas con la muerte tienen más miedo a la muerte y al proceso de morir que las personas que tienen otras ocupaciones.
- c) Las personas ancianas que viven en residencias parece ser que presentan menos miedo ante la muerte que las que viven solas.
- d) La edad tampoco influye para tener más o menos miedo a la muerte.

- e) Las personas que presentan una alta puntuación en las escalas de hipocondría, histeria, dependencia e impulsividad en el MMPI, manifiestan asimismo una gran preocupación y temor a la muerte. Así pues, y como señala Neimeyer (1997), las relaciones que se han presentado entre las puntuaciones de los test psicológicos y las puntuaciones de las subescalas de miedo a la muerte y al proceso de morir de Collet-Lester han implicado medidas de ansiedad y salud psicológica. Como era de esperar, las personas más ansiosas y aquellas con un trastorno psicológico mayor demuestran tener un miedo más intenso a la muerte y al proceso de morir.
- f) En general, la religión influye las actitudes ante la muerte. Es decir, el hecho de poseer creencias religiosas disminuiría el miedo a los aspectos desconocidos de la muerte.

Desde la creación de la Escala de Collet-Lester hasta la actualidad, son muchas las investigaciones que intentan medir la ansiedad y el miedo a la muerte. Neimeyer (1997), en su revisión crítica de estas escalas, sugiere ante la multitud de enfoques existentes con sus similitudes y diferencias, la necesidad de integración. En otras palabras, la creación de un modelo complejo, posiblemente basado en la integración de teorías, que pueda explicar un fenómeno tan complejo como la ansiedad y el miedo a la muerte.

1.2. El proceso de morir

1.2.1. El enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal

1.2.1.1. Descripción del proceso de enfermedad avanzada y terminal

Como se ha expuesto anteriormente, este es un trabajo en donde se intenta analizar las actitudes que pueden favorecer una mejor motivación para trabajar con enfermo terminales en estudiantes de Enfermería. En este sentido, es importante describir el proceso de enfermedad avanzada y terminal en la que se encontrará el futuro profesional de Enfermería para saber a que debe de enfrentarse desde un punto de vista emocional.

Aunque en la actualidad ya se habla de enfermo al final de su vida, lo cierto es que estamos ante una persona que padece una enfermedad que en un tiempo corto de vida le llevará a la muerte. Entonces, ¿por qué se habla de enfermo en situación terminal, o de enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal o enfermo al final de la vida? Como señala Limonero (1994), la expresión de enfermedad terminal conlleva connotaciones negativas de algo que se acaba y que por tanto, no hay nada más que hacer o no tiene sentido hacer algo. Pero cuando se habla de enfermo en situación de enfermedad avanzada o terminal, se hace referencia a una persona que está atravesando una situación concreta de su ciclo vital en la que existen diversos aspectos que forman este proceso avanzado de enfermedad. Por lo que, a pesar de la enfermedad, se puede prestar y proporcionar una asistencia digna y humana, a la persona que todavía sigue existiendo y que tiene derecho de ser tratada como tal. Teniendo presente esta matización, en este trabajo, para no repetir siempre el mismo léxico, vamos a utilizar términos como enfermo terminal, moribundo o enfermo al final de su vida, para definir a una persona que está en el proceso de morir o en fase de enfermedad avanzada y terminal.

Centrándonos en la fase de enfermedad avanzada y terminal y dejando de lado sus etapas anteriores (diagnóstico y tratamiento de la enfermedad maligna), se puede definir esta fase como *aquella en que la muerte es inevitable, y en la cual, el tratamiento pasa de ser curativo a paliativo* (Limonero, 1994).

En síntesis, esta fase denominada avanzada y terminal es un momento de la vida de una persona que está al final de su vida pero en la que todavía se puede hacer mucho por la misma. Es una fase en la que, como señala Sanz Ortiz (1998), una vez adquirida la certeza de

la inmediatez de la muerte, no hay que obstinarse en prácticas terapéuticas inútiles que sólo disminuyen el grado de confort del enfermo. Una fase en la que la toma de la tensión arterial cada seis horas, el control de la diuresis horaria y un sinfín de tratamientos más, si alargan la vida sólo será en horas o días, pero lo que sí es seguro es que prolongan la agonía, en un período de la vida en que todos deseamos que sea breve y lo más confortable posible.

1.2.1.2. *Cuidados Paliativos. Fundamentos históricos*

En el siglo IV antes de Cristo, los doctores no se atrevían a tratar al enfermo durante su proceso de muerte por el miedo a ser castigados al desafiar las leyes de la naturaleza. Fue a partir de la propagación de la doctrina cristiana cuando se estableció la necesidad de ayudar al enfermo en su lecho de muerte, dando pie a los primeros “ Hospicios” en Roma y después en toda Europa. Poco a poco, los Hospicios o “Hospes” en latín, que en un inicio también eran lugares en donde los peregrinos descansaban y eran bienvenidos, pasaron a asociarse al lugar en el que se cuidaba a enfermos y a moribundos (Hospice, Hospicio u Hospital). Pero no fue hasta 1842, cuando Jeanne Garnier, en Lyon, Francia, identifica el Hospice como la institución en donde se cuida únicamente a moribundos. Posteriormente, Mary Aikenhead, funda en 1879 en Dublín, el Lady’s Hospice. Más tarde, en 1905, se crea el St. Joseph’s Hospice en Londres. Por su parte, Cicely Saunders, funda en 1967, el St. Christopher’s Hospice de Londres, como resultado del deseo de médicos y enfermeras de ofrecer cuidados a los pacientes moribundos desde una perspectiva holística. A partir de su creación, se extiende por todo el mundo el “movimiento Hospice” (Sanz Ortiz, 1999).

En 1977 Belfor Mount, del Hospital Royal Victoria de Canadá sustituye el término Hospice por el de *Cuidado Paliativo* o *Medicina Paliativa*. Como señala Sanz Ortiz, el término es más universal y menos ligado a un entorno cultural. En 1989, la oficina regional para Europa de la OMS, publica sus primeras recomendaciones sobre cuidados terminales en el cáncer bajo el título “*Palliative Cancer Care*”.

En España, la filosofía de los cuidados paliativos se incorpora por primera vez, en 1984, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. En Cataluña, los cuidados paliativos se incorporan en 1986, con la inauguración de la Unidad de Cuidados Paliativos y el equipo de atención domiciliaria del Hospital de la Sta. Creu de Vic. En 1990, la Organización Mundial de la Salud, inicia conjuntamente con el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, un programa piloto de instauración de los cuidados paliativos en esta comunidad autónoma, de amplia cobertura y que propicia el crecimiento y expansión de

los cuidados paliativos por toda Cataluña. En 1992, se celebra en Vic, el primer congreso específico de cuidados paliativos de España. (Schröder, 1996).

Desde la implantación de las primeras Unidades de Cuidados Paliativos a finales de los 60 en Inglaterra, hasta nuestros días, se ha recorrido un largo camino. En nuestro país, esta implantación se ha concretado en la instauración de más de 290 programas de cuidados paliativos, llevados a término por equipos de atención domiciliaria, Unidades de Cuidados Paliativos en hospitales generales, en centros sociosanitarios y por equipos de soporte, que atienden a más de 27.000 enfermos en situación terminal (Flores *et al.* 2002).

1.2.1.3. *Cuidados paliativos. Definición*

La Organización Mundial de la Salud (1990), definió los cuidados paliativos como *el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial, el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.* Esta definición se complementa con los aspectos siguientes:

- afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal;
- ni adelantar ni retardar la muerte;
- proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas;
- ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte;
- dar apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del paciente y en su elaboración del duelo.

Así pues, la atención de los cuidados paliativos va dirigida o proporcionar el máximo confort y bienestar posible, no sólo al enfermo al final de su vida sino también a su familia. En este contexto, la atención es integradora: se tienen en cuenta todas las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual. Pero para dar una respuesta integradora en el proceso de morir, es imprescindible el trabajo interdisciplinar. En la actualidad, los equipos que atienden a enfermos al final de su vida están compuestos mayoritariamente por médicos, diplomados en Enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y en muchas ocasiones con el soporte del personal religioso, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales entre otros

profesionales. Sin embargo, para que sea efectiva la terapéutica es necesario que se establezcan objetivos conjuntamente entre el equipo, el paciente y la familia. Sólo así se consigue el objetivo de ofrecer el máximo bienestar y confort al enfermo y familia.

1.2.1.4. *Características de la enfermedad terminal*

Basándonos en Gómez Batiste y Roca (1989), las características que definen una enfermedad como terminal, son las siguientes:

- la enfermedad está en un estadio avanzado, es progresiva e incurable, y por lo tanto, no puede responder a tratamientos activos.
- Presentación de numerosos y diversos síntomas, de causa multifactorial, cambiantes y a menudo intensos. Esta sintomatología evoluciona de forma poco estable pudiendo incluso variar en cuestión de horas. Por ello, a veces se habla de cuidados intensivos de confort al referirse a los cuidados paliativos.
- Situación que genera un fuerte impacto emocional sobre el enfermo, la familia y el equipo. El grado del impacto tendrá relación, entre otros aspectos, con el nivel y la calidad de información que posee el paciente sobre su enfermedad, el grado de control de los síntomas, la edad y el soporte emocional y social que pueda recibir tanto el paciente como el familiar y el equipo asistencial.
- Presencia a corto plazo de la muerte. Esta característica está considerada como la primera causa de impacto emocional en el proceso de morir.
- Pronóstico de vida limitado. Una vez definida la situación de incurable y progresiva, la mayoría de los enfermos muere antes de los seis meses. Ante esta realidad, los objetivos se revisan continuamente adaptándose a los cambios en las necesidades del enfermo y la familia. Al mismo tiempo, la eficacia asistencial es reevaluada de forma constante ya que el tiempo del que se dispone es limitado.
- Importante demanda de atención que requieren los pacientes y familiares. La asistencia es individualizada ya que cada caso es particular y si se tiene en cuenta que el objetivo principal es el bienestar del paciente y familia, la atención deberá de ser necesariamente personalizada, tanto por las características de la enfermedad y de la forma de ser del paciente como de las necesidades que surgen día a día tanto en el paciente como en la familia.

1.2.1.5. *Bases de la terapéutica*

Una vez agotados los tratamientos específicos ante una enfermedad maligna y terminal, los objetivos de la terapéutica se encaminan a ofrecer el máximo confort al enfermo y familia. Para conseguir este confort, los cuidados paliativos basan su tratamiento en los aspectos siguientes:

- 1. Atención integral.** En la praxis de los cuidados paliativos se tiene en cuenta el soporte holístico de los cuidados. Saunders en 1967, acuña el término dolor total, haciendo referencia a la necesidad de valorar el dolor como un síntoma compuesto por factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Es decir, el sufrimiento del enfermo puede tener causas multifactoriales y su tratamiento deberá de tener siempre presente, las cuatro dimensiones de la persona.
- 2. Unidad a tratar: el enfermo y su familia.** Desde el inicio de los cuidados paliativos, la familia forma parte integrante de los cuidados en el proceso de morir. La familia constituye el factor primordial del soporte al enfermo terminal convirtiéndose en un buen soporte emocional si recibe el apoyo adecuado. Por ello, es fundamental averiguar sus principales preocupaciones para poder intervenir y disminuir en la medida de lo posible las mismas (Colell y Limonero, 2003).
- 3. Promoción de la autonomía y la dignidad del paciente.** Las decisiones que se tomen deberán de ser compartidas y consensuadas con el paciente y se llevarán a término según lo pactado y establecido con el enfermo.
- 4. Concepción terapéutica activa.** Implica una actitud asistencial rehabilitadora y global con el objetivo de aumentar la calidad de vida del paciente.
- 5. Importancia del ambiente.** Un ambiente relajado que favorece la comunicación se considera tan importante como las posibles medidas farmacológicas que se puedan administrar al paciente.

1.2.1.6. *Instrumentos básicos*

- **Control de síntomas**

Los síntomas que presentan los enfermos en situación de enfermedad avanzada o terminal, tienen una serie de aspectos comunes:

- a) Multiplicidad de síntomas. Es decir, la presencia de diversos síntomas que aparecen en periodos cortos y de forma consecutiva. La media de síntomas es de 9 (entre 1 y 23 síntomas), siendo el dolor el síntoma más temido.
- b) Otros síntomas frecuentes son la debilidad, la pérdida de peso, la anorexia, la depresión, la boca seca y la constipación.
- c) La intensidad de estos síntomas es alta y va en aumento a medida que la enfermedad avanza.
- d) La causa de su aparición suele ser multifactorial. Ello implicará la valoración de las posibles causas, de esta forma, aunque a veces no se llegue a modificar la causa principal, es posible conseguir una mejoría del síntoma.
- e) Aparecen nuevos síntomas cuyo impacto predomina sobre los anteriores, y en ocasiones, reaparecen síntomas que ya estaban controlados.

Pero es importante resaltar que no todos los síntomas percibidos son causa de preocupación. En un estudio multicéntrico realizado con 252 pacientes, se demostró que no todos los síntomas que percibe el paciente son considerados por éste, como causa de preocupación (Bayés *et al.* 1997). (Ver Tabla 1.1).

| SÍNTOMAS PERCIBIDOS | | SÍNTOMAS QUE MÁS PREOCUPAN | |
|-----------------------|-----|----------------------------|-----|
| DEBILIDAD | 86% | DEBILIDAD | 50% |
| PÉRDIDA DE PESO | 72% | ANOREXIA | 45% |
| ADORMECIMIENTO DIURNO | 68% | PARÁLISIS | 44% |
| TRISTEZA | 65% | DOLOR | 38% |
| ANOREXIA | 65% | PÉRDIDA DE PESO | 32% |
| | | DIFICULTADES RESPIRATORIAS | 30% |

Tabla 1.1 *En la primera columna se muestran los síntomas percibidos con mayor frecuencia. En la segunda, se observan los síntomas percibidos por orden de preocupación.*

Como se puede ver en la Tabla 1.1, no todos los síntomas que padece un enfermo le producen el mismo grado de preocupación. En realidad, un buen abordaje terapéutico sería el que tendría en cuenta esta percepción de los síntomas por parte del paciente, aspecto que incidirá de forma directa sobre el bienestar del paciente y familia.

- **Apoyo emocional**

El objetivo principal del apoyo emocional, es la disminución de la gravedad del impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico. Un impacto que se produce no sólo por la situación de enfermedad terminal sino también, por todos los factores que inciden en dicha situación, principalmente la inminencia de la muerte.

La mayoría de los enfermos que están en una fase terminal de su enfermedad, llegan a la misma después de un cierto tiempo en el que han recibido algún tipo de tratamiento para curar o detener la progresión de la enfermedad. Este período de tiempo, permite en la mayoría de los casos, la adaptación a la realidad de la enfermedad y a los posibles cambios futuros que se pudieran producir. A pesar de esta adaptación, cuando el enfermo llega a esta última fase de la enfermedad, tanto éste como su familia, sufren un gran impacto emocional. También el equipo terapéutico se ve afectado al percibir la muerte inminente del enfermo.

Comas (1992), define el impacto emocional como: *Una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales más o menos intensas y cambiantes que la persona puede manifestar delante de la percepción de la muerte inminente, y los problemas que ocasiona esta situación como resultado de apreciarla como amenazante y también desbordante de los propios recursos.*

Autores como Twycross y Lack, 1987; Lichter, 1991; Limonero, 1994 y Schröder, 1996, señalan que los principales elementos desencadenantes del **impacto emocional en el enfermo** son los siguientes:

- percepción de la muerte a corto plazo;
- miedo a morir solo;
- miedo a una agonía prolongada;
- miedo al sufrimiento;
- consecuencias que tendrá su muerte para la familia;
- pérdida de control de la situación y de sus capacidades físicas y psicológicas;
- pérdida de roles (sociales, familiares y laborales);
- aumento de la dependencia y
- deterioro de la auto-imagen corporal.

En cuanto al **impacto emocional de la familia**, es importante destacar, que la familia está compuesta por diferentes miembros y cada uno puede reaccionar de forma diferente ante un mismo problema. Por otro lado, no se vivirá de la misma forma el impacto que genera la muerte a corto plazo por parte del cuidador principal, que del resto de miembros que no ejercen este cometido (Colell y Limonero, 2003). Para Mouren-Mathieu (1987), algunas de las manifestaciones del impacto emocional en la familia pueden ser las siguientes:

- sentimientos de culpa por la relación anterior con el enfermo;
- sentimientos de impotencia e indefensión ante la muerte;
- pena y tristeza;
- sobreprotección;
- conspiración de silencio;
- síntomas físicos como pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, pesadillas, vómitos, depresión, etc.

En relación a los factores que pueden desencadenar el **impacto emocional en el equipo asistencial**, expondremos de forma resumida, los siguientes:

- inestabilidad emocional de algún miembro del equipo:
- impotencia ante las adversidades (se controla un síntoma y aparece uno nuevo o se descompensa uno existente);
- individualismo, no hay ninguna persona que pueda por sí sola, proporcionar toda la atención que necesita un enfermo en situación terminal (Bayés y Barreto, 1992);
- conspiración de silencio pactada, implícita o explícitamente entre el equipo terapéutico y la familia;
- poca formación profesional en la atención al enfermo terminal;
- inadecuado control de síntomas y
- paternalismo terapéutico.

Para Comas (1990), **el apoyo emocional al enfermo al final de su vida** debe de estar dirigido a:

- reducir la soledad, el aislamiento;
- aumentar la sensación de control sobre el entorno y su autonomía y la situación general;
- reducir la apreciación de amenaza: la ambigüedad, la incertidumbre;
- reducir la tensión;
- aumentar la autoestima y reducir los sentimientos negativos: ansiedad, miedo, depresión, etc. En esta línea, son muchos los trabajos que describen los efectos beneficiosos del apoyo emocional al enfermo al final de su vida, entre ellos destacamos los trabajos de Matthews-Simonton, 1989; Spiegel, 1990; Vachon, 1993, y Siegel, 1995, principalmente.

Para la OMS (WHO, 1990), **el apoyo emocional a la familia** debe de constar de los siguientes elementos:

- apoyo práctico para resolver problemas concretos;
- apoyo emocional para disminuir el impacto emocional o modificar la percepción que se tiene del mismo;
- apoyo asistencial que se puede dar mediante el ingreso del enfermo en una unidad de cuidados paliativos y de esta forma proporcionar descanso a la familia en el caso de que esta esté al borde de la claudicación emocional y,
- prevención y tratamiento del duelo, cuyo objetivo es volver a equilibrar y restaurar la dinámica familiar afectada por la desaparición de uno de sus miembros.

En cuanto al **apoyo emocional al equipo asistencial**, Comas (1991), propone:

- proporcionar soporte emocional específico a los diferentes miembros del equipo terapéutico con relación a sus tareas profesionales;
- prestar atención psicológica a nivel individual tanto por razones relacionadas con su tarea como por otros motivos y,
- prevenir y tratar el síndrome del estrés profesional crónico o “burn-out”.

• **Información y comunicación**

La información y comunicación, junto con el tratamiento de síntomas, el apoyo emocional y la resolución de problemas prácticos son las herramientas básicas de los cuidados paliativos. Stedeford (1984), afirma *que una pobre o inadecuada comunicación acerca de la enfermedad, causa más sufrimiento que cualquier otro problema, a excepción del dolor no aliviado*. Es probable que los pacientes que han sido tratados en un ambiente falto de comunicación, reportan mayor sufrimiento que los que han dispuesto de una atención adecuada (Anstey, 1991). En un estudio realizado por Blasco (1990), se observó que los pacientes que han padecido efectos secundarios indeseables de la quimioterapia, estaban más descontentos con el grado de información recibida que los que no habían sufrido dichas consecuencias.

Aunque la información-comunicación es un instrumento fundamental en el proceso de morir, también puede tener sus limitaciones o efectos secundarios indeseables. Es decir, algunos enfermos demandarán y buscarán información, mientras que otros la evitarán. Por otro lado, algunos profesionales tendrán tendencia a informar y comunicarse con el enfermo y familia, y otros, se limitarán a una escueta y simple información. También se ha de tener presente que la información puede generar efectos secundarios negativos que se han de prevenir o atender adecuadamente, para evitar que la misma ejerza un efecto contrario al deseado (Colell y Fontanals, 1996).

Otro aspecto importante de la información-comunicación es el que se refiere a la gravedad de la enfermedad y al estadio evolutivo de la misma. Por ejemplo, comunicar a una mujer que el bulto que se le ha descubierto en la mama es un cáncer, sabiendo que la cirugía y la quimioterapia posibilitarán una alta probabilidad de curación, puede inducir reacciones más fáciles de manejar que cuando hay que revelar el diagnóstico de un cáncer más avanzado para el cual no hay tratamiento que pueda detener su progreso (Gómez-Sancho, 1996).

En el proceso de comunicar-informar, se ha de tener presente que se proyectan necesidades personales, ansiedades, miedos y el bagaje personal y profesional que incidirá en cómo se da la información. En este contexto, Noble (1991), comenta que comunicar e informar adecuadamente al enfermo y familia, al igual que otra habilidad, se ha de entrenar y practicar. Por otro lado, se ha de crear un clima adecuado para poder efectuarla, buscar un momento idóneo y un lugar acogedor e íntimo. Si estas premisas no se cumplen, el acto de informar-comunicar se verá afectado en perjuicio de todos los interventores, principalmente del enfermo y su familia. Este clima adecuado se ha de fundamentar en la dosis de verdad que es capaz de asumir el paciente, la escucha activa, la comprensión y el respeto y esto, obviamente, sólo se puede conseguir mediante una cierta dosis de tranquilidad e intimidad (Anstey, 1991; Noble, 1991 y Buckman, 1998).

A modo de síntesis, se puede decir, que para desarrollar y mantener una buena comunicación, es condición “**sine qua non**”, disponer de un buen control de síntomas, que permita establecer los fundamentos de un adecuado clima relacional. Pautas o actitudes contrarias a las que se han descrito anteriormente, se pueden considerar errores en el proceso de información-comunicación. Entre estos errores pueden destacarse, las mentiras o verdades a medias, la sobreprotección que puede llevar a la conspiración de silencio, es decir, ocultar la verdad de la situación al enfermo, las prisas, el distanciamientos físico y emocional, la

tecnificación, la información como un acto único y no como un proceso, etc. (Colell y Fontanals, 1996).

1.2.2. Enfermería, ansiedad y miedo a la muerte

El proceso de morir es un período propicio para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. Como se ha dicho antes, en este proceso están involucrados el paciente moribundo, la familia y el equipo asistencial. La fragilidad de este momento va a generar sentimientos difíciles de contener y vivenciar. La ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente. Dentro del colectivo sanitario, los profesionales de Enfermería serán probablemente, los que más directamente sufrirán y vivirán esta situación tensa que genera la muerte a corto plazo. Y básicamente por dos motivos. El primero, porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida, y en segundo lugar, porque es el colectivo que más horas pasa al lado del enfermo y de su familia. Esta proximidad espacial y temporal, conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés. Pero por otro lado, si a este padecimiento se añade la tensión que conlleva la presión asistencial, se puede llegar a una situación de agotamiento emocional, produciéndose o bien un distanciamiento con el enfermo o todo lo contrario, una identificación con sus problemas. Todo ello, repercutirá en un deterioro de la relación interpersonal, con consecuencias negativas, tanto para el enfermo como para el cuidador, al estar incapacitado emocionalmente para desarrollar su labor.

En toda relación humana, las emociones juegan un papel importante. Y en el proceso de morir todavía más por la presencia de la muerte. En esta situación o proceso, para el enfermo, el sentirse comprendido y reconocido como ser humano, la reflexión sobre su propia vida, o el poder despedirse de sus seres queridos entre otros aspectos, se convierten en necesidades primordiales que deben de ser satisfechas. Al mismo tiempo, para el cuidador y en este caso, para el colectivo de Enfermería, el sentirse útil y humano, el poder facilitar la comunicación y el cuidado de los aspectos físicos se convierten en el centro de sus preocupaciones. Pero a medida que se deteriora la salud del enfermo, las necesidades psicológicas suelen prevalecer sobre las físicas. En este contexto, el poder satisfacer estas necesidades proporciona al cuidador la oportunidad de expresar afectos y de dar una dimensión humana si cabe, a su labor profesional. La experiencia vivida suele consolidar la

propia autoestima además de fortalecer los sentimientos de eficacia y competencia. No obstante, el hecho de estar durante horas, días y a veces meses, al lado del enfermo terminal, va a confrontar al personal de Enfermería con el miedo de la propia muerte (Cullen, 1998). Situaciones como el final de la vida y cambios continuos tanto a nivel profesional como personal, suponen un reto de adaptación continua. Arranz *et al.* (2003), señalan alguno de los aspectos que pueden incidir en el Síndrome de estar quemado: presión asistencial excesiva; gran responsabilidad en la toma de decisiones; continuo contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte; poca formación para el manejo de los aspectos emocionales de la persona que sufre y muere y, dificultades de comunicación con pacientes y familiares, sobre todo en relación a la comunicación de malas noticias.

Siguiendo en esta línea, un estudio sobre estrés ocupacional en cuidados paliativos realizado en Cataluña por Schröder *et al.* (1996), recoge los factores estresantes que genera estar día a día con la muerte. En relación a Enfermería, las causas de estrés de su trabajo con enfermos terminales se deben en primer lugar, a los problemas derivados de la comunicación con los otros miembros del equipo. En segundo lugar, a la escasez de formación continuada y finalmente, a la falta de recursos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, uno de los elementos más útiles, es sentirse parte de un equipo “experto” que sabe lo que está haciendo y que apoya a sus miembros. Otro aspecto a destacar, es la relación entre los miembros del equipo, es decir el soporte interno, la posibilidad de realizar la catarsis emocional y sentirse apoyado por el equipo.

Con lo reseñado anteriormente, es evidente tener presente la demanda de soporte emocional que se hace de forma explícita en el personal que atiende al enfermo al final de su vida. Una vez más, se destaca el hecho de que estar trabajando con la muerte día a día va a generar probablemente, en el personal sanitario, una necesidad de canalizar sus ansiedades y miedos relacionados con la muerte. Si esta canalización no se lleva a término de forma adecuada, es probable que la negación y el distanciamiento sean los mecanismos principales de adaptación, que utilizará el personal asistencial para poder soportar el estrés del proceso de morir. En este sentido, la distancia o la negación no serán la mejor forma de acompañar a una persona y a su familia al final de su vida en un periodo en donde el dolor emocional que produce la pérdida, necesita más que nunca poder ser contenido. Creemos que un personal capaz de acompañar emocionalmente al enfermo moribundo es la mejor forma de ayudar al enfermo y su familia. Pero para ello, será imprescindible que el personal sanitario, y más concretamente, el colectivo de Enfermería por su gran implicación emocional, esté preparado emocionalmente para ello. Esta necesidad de preparar al futuro profesional de Enfermería

desde una vertiente psicosocial de los cuidados al enfermo terminal, es la que ha dado pie a la actual investigación. Como señala Cullen (1998), el afrontar miedos, vulnerabilidades y otras respuestas emocionales es un reto que se suma a los demás retos planteados en el cuidado de enfermos terminales. Reconocer y comprender nuestros miedos, así como recibir soporte emocional y mantener la implicación emocional sin caer en la identificación o en la indiferencia, son algunas de las medidas profilácticas que pueden ayudar a superar el estrés y el miedo que genera el trabajar con enfermos al final de su vida de forma diaria.

1.2.3. Enfermería y cuidados paliativos

¿Cuál es el papel que el colectivo de Enfermería tiene en la atención al enfermo terminal? Como se ha comentado en capítulos anteriores, el personal de Enfermería es el que más horas pasa al lado del moribundo y de su familia, y por otro, por ser el colectivo más numeroso en los equipos de atención al enfermo terminal. Si nos centramos en su labor profesional destacaremos que la tarea de cuidar tiene dos objetivos básicos: el primero, ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan realizar una vida plena y, en segundo lugar, ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad. Ambos objetivos son los que identifican claramente la función básica de Enfermería. Como señalan Naudí, Palomar y Ramírez (1996), la Enfermería de cuidados paliativos desarrolla una serie de habilidades que le son propias, no por el hecho de su profesión, sino por el contexto donde las desarrolla. Éste queda enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias donde la enfermedad progresa inevitablemente hacia la muerte. En este contexto, Enfermería junto con el resto del equipo se centra en aliviar los problemas, proporcionar soporte emocional, facilitar los procesos adaptativos, contribuir a la comunicación paciente-familia y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

El llevar a término todo lo anterior no sólo dependerá de una buena formación general, sino también de una formación específica, ya que la problemática con la que deberá de enfrentarse, tiene características propias. En este sentido, la madurez personal y profesional, junto con la capacidad de tener una visión global de la situación que atiende, serán aspectos que facilitarán la relación del colectivo de Enfermería con el enfermo moribundo y su familia. Si tenemos en cuenta que la enfermedad terminal no sólo tiene implicaciones físicas sino también emocionales, sociales y espirituales, la valoración deberá de ser necesariamente

global y los cuidados deberán de ir encaminados a atender las necesidades del paciente y su familia, pero siempre teniendo presente esa visión global.

Centrándonos en el objetivo de bienestar, añadiremos que Enfermería por su idiosincrasia, permite con mayor facilidad, la aparición de un clima de confianza, respeto y seguridad que será la base para proporcionar ese bienestar al paciente y a su familia.

Por otra parte, la/el enfermera/o es uno de los miembros fundamentales del equipo de cuidados paliativos sobre todo por ser el profesional que más tiempo dedica y pasa con los pacientes y su familia tanto en hospital como en la atención domiciliaria, lo que le permite un contacto más constante y directo, facilitando por ello, el conocimiento de las necesidades, inquietudes y preocupaciones del enfermo y familia. La importancia de este contacto se describe en los trabajos de Zerzan, Stearns y Hanson (2000) y Richardson (2002), en los que se describe el valor que otorgan los pacientes y familia al colectivo de Enfermería no sólo por los cuidados físicos que reciben sino también por el apoyo emocional que este colectivo les brinda.

Centrándonos en algunos de los aspectos de la función de los cuidados de Enfermería en el contexto de los cuidados paliativos, citaremos entre otros, los cuidados de la piel, la boca, la alimentación y la hidratación, los cuidados de la eliminación, de la actividad física, y de los cuidados del reposo y del sueño y del soporte emocional al enfermo y su familia.

En definitiva, la Enfermería de Cuidados Paliativos desarrolla su actividad en un contexto donde las habilidades y funciones que le son propias las debe compartir con la exigencia de trabajar integrada en un equipo. Así pues, su trabajo se ve enmarcado en la necesidad de tener una visión global de las necesidades del paciente y la familia.

1.2.4. Enfermería y docencia en cuidados paliativos

Como señala Neimeyer (1997), la importancia que se le da a la juventud, al éxito social, la salud, el individualismo, la preocupación por el cuerpo..., no ayudan a que en la actualidad, el fenómeno de la muerte tenga una buena acogida en nuestra sociedad. Como consecuencia, la muerte es un tema tabú y rara vez se la trata como un acontecimiento natural. Debido a esta negación social de la muerte, es probable que muchos sujetos no tengan suficientes oportunidades para examinar sus sentimientos sobre la muerte de manera que puedan adaptarse a una situación de pérdida. Por otro lado, autores como Kübler-Ross (1969), y

Kirchberg y Neimeyer (1991), creen que la atención que ofrecen los profesionales de la salud al enfermo al final de la vida, se podría mejorar, redundando dicha mejora, en un mayor confort a los pacientes al final de la vida. A partir de esta realidad, aparecen los primeros programas de educación en los que se ofrece a los participantes la posibilidad de afrontar la muerte de manera más efectiva a nivel personal y profesional.

En la década de los años sesenta hubo un auge de los programas de educación sobre la muerte de la mano de varios tanatólogos conocidos. De todos ellos podemos destacar a Richard Kalish, Robert Kastenbaum, Elisabeth Kübler-Ross, Herman Feifel, Earl Grollman y Edwin Shneidman. En función del tiempo de que se disponía, los programas cubrían temas como la perspectiva social de la muerte, el proceso de morir, las actitudes individuales hacia la muerte, los puntos de vista religioso y cultural, el duelo, la eutanasia, la ética médica y la vivencia de los niños de la muerte (Neimeyer, 1997).

La necesidad de la educación sobre la muerte vendría dada porque en la actualidad y en nuestro país, existe un panorama diferente al que existía hace unos años en relación a la atención al enfermo terminal. Los factores que han generado cambios en relación al proceso de morir se pueden resumir en los siguientes apartados:

1. Cambios sociales que hacen que los enfermos al final de su vida sean mayoritariamente cuidados en ámbitos hospitalarios y no en sus propias casas.
2. Aumento y mejora de la tecnología sanitaria y recursos farmacéuticos que llevan a un alargamiento de la longevidad e incremento de la población en edad avanzada.
3. Cambios en los hábitos de vida y elevación de la tasa de prevalencia e incidencia de enfermedades funcionales y crónicas.
4. Aumento de enfermos al final de la vida en los servicios hospitalarios. Este aumento incide directamente en el personal de Enfermería que tiene que cuidar a un tipo de enfermos que presentan características que probablemente perciben como amenazantes o difíciles. (Ulla *et al.* 2001).

Aunque parece evidente que la educación sobre la muerte en profesionales de Enfermería ayudaría a manejar las emociones que genera el trabajar día a día con la muerte, lo cierto es que todavía hoy, la formación en la atención al enfermo terminal, en las escuelas de Enfermería de España está tomando rumbos diferentes. Para Soler (1998), está en función del interés personal, de la experiencia clínica y de la formación y motivación tanto del personal

de Enfermería que está en contacto diario con el enfermo al final de la vida, como del profesor universitario interesado en ofrecer a los futuros profesionales de Enfermería una preparación en la atención al enfermo moribundo. Es decir, no existe una formación homogénea, ni en la duración, ni en los contenidos. La formación por lo tanto, está impregnada de motivación personal. A nuestro entender, creemos que sería necesario que se unificasen criterios de formación, mediante los cuales se pudiera ofrecer desde la Universidad, una formación que garantizase al futuro profesional una preparación que le ayudara a manejar, entre otros aspectos, las emociones que generan los cuidados en el proceso de morir.

En relación a la utilidad o efectividad de los cursos sobre el proceso de morir y la muerte, nos encontramos como señala Neimeyer (1997), que los resultados sobre las consecuencias de la educación sobre la muerte no son consistentes. Es decir, que una cosa es la necesidad de formación y la otra es cómo se imparte esta formación. Así pues, los resultados dependerán de diversos factores, entre ellos, de la duración del curso, de los contenidos expuestos, de las características de los participantes y de los profesores y sobre todo, si el programa es didáctico o experiencial. Sobre este último punto, para Tomás-Sábado (2001), esta inconsistencia tiene que ver sobre todo, en la metodología utilizada, en función de que ésta sea de naturaleza fundamentalmente didáctica o experiencial.

Los programas didácticos se fijan en la información sobre aspectos relacionados con la muerte, intentando reforzar los aspectos cognitivos de los participantes, mediante lecturas, conferencias y discusiones en grupos grandes. En contra, la metodología experiencial se centra en animar a los participantes a que examinen y compartan sus sentimientos y preocupaciones personales mediante el uso de técnicas tales como el juego de roles, las fantasías dirigidas, simulaciones, escritos sobre la vivencia de las pérdidas en su vida y comentarios sobre la experiencia profesional y personal sobre la muerte. Concretando un poco más, la metodología didáctica hace más hincapié en reforzar el aspecto cognitivo de la muerte, mientras que el método experiencial se centra más en la vivencia de la muerte.

En lo referente a la disminución del miedo y la ansiedad ante la muerte, los trabajos experienciales evidencian una mayor efectividad. Los estudios de White (1983), Lockard (1989), Durlak y Reisenberg (1991), Hutchison y Scherman(1992), Tye (1996) y Tomás-Sábado (2001), confirman esta efectividad.

Como se ha expuesto anteriormente, este trabajo de investigación consta de dos partes. Por un lado se han analizado aspectos relacionados con las actitudes de los estudiantes de

Enfermería en relación a la muerte y al enfermo al final de la vida, y por otro, se ha llevado a término un programa de educación en la atención al enfermo terminal y familia. La metodología utilizada fue básicamente experiencial. El objetivo del programa era averiguar qué cambios se producían después de la intervención. En este sentido, el análisis de la experiencia confirma la validez y la necesidad de la formación para conseguir cambios en las creencias que sobre el enfermo terminal pudieran tener los estudiantes de Enfermería.

Aunque la educación sobre la muerte y el proceso de morir pueden ayudar a tener una actitud más cercana al enfermo al final de la vida, lo cierto es que en el cambio de actitudes intervienen varios aspectos que se tendrán que tener en cuenta a la hora de formar futuros profesionales enfermeros. En el capítulo siguiente expondremos algunos de los elementos que configuran el concepto de actitud y su relación con la muerte y el proceso de morir.

1.3. Actitudes ante la muerte

En este capítulo, vamos a hacer una breve revisión de las principales características de las actitudes, así como una revisión acerca de la evaluación de las actitudes ante la muerte y el proceso de morir.

1.3.1. Concepto y naturaleza de la actitud

El concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales. En este sentido, las actitudes que las personas manifiestan ante la muerte, pueden ser también transitorias (Limonero, 1994). En general, la muerte genera una gran diversidad de actitudes y de emociones, principalmente, de naturaleza aversiva. Como señala Cassem (1974), la muerte supone la mayor amenaza para la vida y las conductas de evitación no sólo se dan ante la muerte de una persona, sino también ante la presencia de una persona enferma o moribunda, la visión de un cadáver o la percepción de un anciano.

Para Escámez y Ortega (1988), es una labor difícil definir el concepto de actitud. Las definiciones se han multiplicado desde que Kart Lewin y su escuela, centraron sus investigaciones sobre esta temática en los años treinta. Algunas teorías actuales, como por ejemplo, *teorías en torno a la estabilidad del conocimiento; teorías que afectan al desarrollo del conocimiento; teorías relacionadas con el desarrollo afectivo* y *teorías de la reducción de la tensión*, se centran en aspectos concretos que serán los determinantes de las actitudes.

Todas estas teorías pretenden explicar el proceso de formación y cambio de actitudes, pero todas, más o menos, tienen sus limitaciones. De todas estas teorías, para Escámez y Ortega (1988), el modelo sociocognitivo de Fishbein-Ajzen, que es una teoría utilitaria, es una de las teorías que mejor explica y predice los procesos de formación y cambio de actitudes. Si se admite que la conducta social humana no está determinada por motivos inconscientes, deseos irresistibles o creencias irracionales y arbitrarias, sino que, por el contrario, en la base de cualquier decisión autónoma de conducta está siempre presente la consideración de las posibles implicaciones de dicha conducta, es decir, los “pro” y los “contra”, se está admitiendo que el hombre actúa “razonablemente” en base a la información (creencias, ideas, informaciones, opiniones, etc.) que en un momento determinado dispone. Es decir, entre creencias y conducta se establecería una estrecha dependencia o relación.

A partir de esta consideración del hombre que controla sus impulsos y conductas mediante la *razón*, Fishbein y Ajzen (1980), construyen un modelo teórico para la predicción del cambio de conducta, mediante la modificación de las creencias, o base informativa, que subyace a las actitudes y normas subjetivas, que condicionan y determinan la intención de conducta y la conducta misma. Lamberth (1982), señala que el modelo de Fishbein y Ajzen es bastante coherente con los tres componentes de las actitudes: cognoscitivo, afectivo y comportamental. Por otro lado, este modelo tiene dos aspectos importantes. Su enfoque del procesamiento de la información traduce los tres componentes actitudinales a definiciones operatorias, que pueden medirse con facilidad, y el otro aspecto importante, es la subdivisión que hacen de los componentes comportamentales de las actitudes.

1.3.2. Concepto y naturaleza de la actitud

Según Lamberth (1982), la actitud se puede definir como *una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales*. Para Morales, Rebollo y Moya (1995), los tres componentes coinciden en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. Es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención en conducta de apoyo u hostilidad. En nuestro caso concreto, por ejemplo, después de asistir a un curso sobre educación sobre la muerte puedo pensar que trabajar con enfermos al final de su vida es una buena salida profesional, sentir que puedo ayudar a las personas a superar el proceso de morir y tomar la decisión de formarme en cuidados paliativos.

No obstante, habrá que tener presente que para los primeros teóricos sobre las actitudes los tres componentes estaban relacionados entre sí. Dicho de otra manera, se pensaba que las actitudes consistían en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes estaban relacionados con la acción que se realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual). Pero en la actualidad, el trabajo teórico y empírico más reciente, mantiene que estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto puede sentir algo como positivo, por ejemplo la atención al enfermo terminal, pero no necesariamente actuar de acuerdo a este sentimiento, es decir, puede o no trabajar con enfermos al final de su vida (Neimeyer, 1997).

1.3.3. Evaluación de las actitudes

La medición de las actitudes es muy compleja y los autores suelen distinguir varias formas de medirlas dependiendo de lo que se quiera inferir. Así pues, la evaluación se puede hacer mediante: a) *autoinformes*, acerca de las creencias, conductas, valores...; b) *la observación sistemática* de conductas en situaciones naturales; c) *la reacción del individuo* o la interpretación de estímulos parcialmente estructurados; d) *el rendimiento en tareas objetivas*, y e) *reacciones fisiológicas* ante el objetivo o su representación.

De estos procedimientos, el que se ha utilizado en mayor medida ha sido el autoinforme o cuestionario. Las escalas de Thurstone, Guttman y Osgood, Suci y Tannenbaum, entre otras, tienen en común la presentación al sujeto de un cuestionario compuesto por cierto número de proposiciones a las que el sujeto contesta con un sentido positivo o negativo, indicando además, el grado en que lo hace. Los resultados son sometidos a un análisis cuantitativo, y como resultado de dicho proceso, se asigna al sujeto un número que representa su posición en un continuum de aceptación-rechazo, siendo el reflejo de la actitud de dicho sujeto con respecto al objeto en cuestión (Escámez y Ortega, 1988).

Queremos remarcar en este apartado, el hecho de que la evaluación de los tres componentes de las actitudes al no estar siempre relacionados, tiene implicaciones respecto a su medición. Por ejemplo, usar un instrumento que evalúa los **sentimientos** relacionados con la muerte, cuando el programa se dirige principalmente a cambiar las **cogniciones**, no proporcionará una prueba acertada del impacto del programa (Neimeyer, 1997).

1.3.4. Funciones de las actitudes en la educación sobre la muerte

Según Neimeyer, (1997), las actitudes pueden tener las siguientes funciones sociales y psicológicas: comprensión, satisfacción de las necesidades, defensa de yo y expresión de valores.

Las actitudes orientadas a la **comprensión** pueden cambiar cuando los sujetos no tienen una idea clara de un determinado concepto, en nuestro caso, el tema de la muerte. El conocimiento que se les brinda a través de un programa de educación sobre la muerte les puede llevar a cambiar las actitudes sobre los fenómenos relacionados con la misma.

Las actitudes orientadas a las **necesidades** pueden cambiar si las actitudes actuales ya no son útiles o si está claro que optar por una nueva actitud ayudará a alcanzar una meta. En este sentido, a los sujetos con necesidad de tener un fuerte control sobre sus vidas, les puede

afectar la información sobre la importancia de redactar un testamento y comunicar a sus seres queridos sus últimos deseos.

Las actitudes de **defensa del yo**, refuerzan los factores que alivian la supuesta amenaza o malestar. Si un sujeto vive como una gran amenaza la soledad social que puede implicar el proceso de morir, se podrá sentir aliviado si se le informa de la atención que puede recibir a través de los equipos de Cuidados Paliativos.

Las actitudes que **expresan valores** son difíciles de cambiar porque tienen que ver con las creencias básicas de los sujetos y con el sentido de sí mismo. Si un individuo no percibe ningún valor en la muerte porque rompe el valor de sí mismo, puede experimentar un cambio de actitud si en un curso sobre la muerte aprende que el proceso de morir, puede unir más a los seres queridos y aumentar el significado personal y la satisfacción en la vida.

Como señala Neymeyer (1997), estas funciones sociales y psicológicas de las actitudes, se tendrían que tener en cuenta en el momento de diseñar un programa de educación sobre la muerte, ya que dependiendo de los objetivos a alcanzar y a quien va dirigido, puede ser que se genere más ansiedad ante la muerte o que las defensas del yo impidan interiorizar todo lo relacionado con el impacto emocional del proceso de morir. Aspectos que también comparten Tomás-Sábado y Guix (2001).

1.3.5. Cambio de actitudes y educación sobre la muerte

Uno de los objetivos subyacentes a esta investigación, es la importancia que la educación sobre la muerte puede tener en la atención al enfermo al final de su vida en los estudiantes de Enfermería. Es decir, ¿podemos y en qué medida, como docentes, incidir en el cambio de actitudes en la atención al enfermo terminal? En otras palabras, ¿pueden los programas sobre la muerte cambiar actitudes hacia la misma?

Veamos a continuación algunos mecanismos propuestos por Neimeyer (1997), como elementos presentes en el cambio de actitudes mediante la educación y en relación con la muerte.

En general, la mayoría de los programas de educación sobre la muerte van encaminados a cambiar los sentimientos negativos hacia la muerte en lugar de las cogniciones o la conducta. El supuesto es que los sentimientos personales (**el nivel afectivo de las actitudes**), pueden influir en la habilidad de los individuos para ayudar a otros a la hora

de afrontar la muerte. Por lo tanto, un primer paso es trabajar la muerte, o los sentimientos relacionados con la misma (miedo, ansiedad, negación, racionalización...), en los profesionales de la salud. En nuestro caso, los futuros profesionales de Enfermería.

Por otro lado, otro elemento importante es la **experiencia y la formación** necesaria que debe de tener un **docente** en el ámbito del enfermo terminal. Los educadores deberían sentirse cómodos con el tema de la muerte y no tener asuntos o necesidades ocultas como un duelo sin elaborar o actitudes hacia la muerte sin resolver. En este contexto, el profesor debe tener habilidad para dirigir discusiones de grupo y conocer las características básicas de la dinámica grupal: debe de saber escuchar, ser empático en el momento de expresar emociones; capaz de modelar la expresión eficaz de los sentimientos; ser consciente de cómo se forman los vínculos y apegos grupales y ser capaz de tratar conflictos o diferencias de opinión que puedan surgir.

Si importante es la calidad humana y docente del educador, también lo es el **trabajo en grupo**. Las situaciones de grupo ofrecen la posibilidad de empatía, modelamiento, apoyo y estimulación mutua así como refuerzo para un cambio positivo. Las discusiones de grupo en la educación sobre la muerte son paralelas al proceso de terapia de grupo en el sentido de que se forma un clima de confianza y aceptación y los participantes se sienten animados a asumir riesgos y compartir aspectos personales sobre el proceso de morir. La revelación personal seguida de aceptación y apoyo reduce el malestar para la persona que hace la revelación y lleva a otras a compartir. Aunque los sentimientos iniciales pudieran ser negativos, el resultado final puede ser positivo a medida que los miembros del grupo experimentan alivio y descubren que otros comparten sus mismas vivencias y temores. Los cambios positivos que se producen en algunos de los participantes, sirve para establecer normas de pares, estimulando el cambio en otros. Lo importante es la creación de un ambiente positivo que influye en el desarrollo y cambio de actitudes.

Centrándonos en nuestra investigación, y teniendo presente lo expuesto hasta ahora sobre el cambio de actitudes, resaltaremos lo siguiente:

- El objetivo básico del trabajo experimental que presentamos, ha consistido en analizar el efecto de una intervención sobre educación ante la muerte en las actitudes de estudiantes de Enfermería.
- Se tuvo en cuenta la variable profesor como factor modulador en el cambio de actitudes. En concreto, el profesor tenía una experiencia de siete años trabajando

con un equipo de enfermos terminales y quince años como docente en la formación de enfermeras/os.

- Debido al poco tiempo que se tenía para impartir (cuatro horas por grupo), y sobre todo, al elevado número de sujetos que formaban los grupos, se decidió ofrecer una educación que combinase la metodología básicamente experiencial, con algunos conceptos explicados de manera didáctica y magistral.

Queremos añadir para concluir este capítulo, que el cambio de actitudes a partir de la educación sobre la muerte es posible, pero también es importante señalar que en el cambio influyen muchos factores y que diseñar un buen programa sobre educación es de gran relevancia si se quiere profundizar y trabajar en la preparación emocional y profesional del futuro enfermero/a. En esta línea, el trabajo de Tomás-Sábado (2001), nos anima a pensar que el cambio es posible, sobre todo teniendo en cuenta los apartados expuestos anteriormente. Es decir, favorecer la formación experiencial, el trabajo a través de la dinámica grupal y la calidad humana y profesional del docente.

1.4. Procesos emocionales ante la muerte y el morir

En este capítulo queremos hacer hincapié en la importancia de la emociones en el contexto de los cuidados al enfermo al final de su vida. Como se ha expuesto en el apartado dedicado al tema de las actitudes, el componente afectivo es el más complejo y difícil de cambiar. Es probable, que todas las personas que trabajan en un contexto de pérdida y muerte tengan un importante bagaje de experiencias personales sobre pérdidas, sentimientos de rechazo, miedos de separación, necesidad de aceptación y reconocimiento, dudas, ansiedades, valores..., en definitiva, una carga emocional que condicionará y modulará tanto a nivel personal como profesional la atención al enfermo y familia. Así pues, si se pudiera incidir en el aspecto emocional de los cuidadores, quizás, sería posible no sólo ayudar al personal asistencial, sino también al enfermo, puesto que de forma indirecta, la mejor preparación emocional del profesional repercutiría en una mejor y más serena atención a la persona al final de su vida.

Así pues, en este apartado vamos a describir algunos conceptos como por ejemplo, la **Autoeficacia**, la **Competencia Percibida** y la **Inteligencia Emocional**, procesos psicológicos que, a nuestro entender, ejercen influencias en las emociones de las personas.

Pero antes de entrar a comentar los procesos anteriormente citados, haremos una breve introducción al tema de las emociones.

Fernández-Dols (1995), define el término **emoción**, como una forma de afecto compleja que implica reacciones viscerales y cognitivas, que suele ser provocada por situaciones con unas características definidas, que conlleva ciertos cursos de acción característicos y que puede ser identificada, cuando se experimenta, mediante un lenguaje cotidiano como por ejemplo, mediante tristeza, rabia, pena, alegría, ansiedad...

Por otro lado, la ira, la alegría, el miedo o la ansiedad, son emociones naturales que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas y juegan un papel importante en el bienestar/malestar psicológico de los individuos. En este sentido, la experiencia emocional, es decir, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se puede clasificar en tres dimensiones fundamentales: puede provocar placer-desagrado, puede ser más o menos intensa y el grado de control que se puede tener sobre la experiencia emocional, es también variable (Cano y Miguel, 2001).

En esta línea y como señala Limonero (1996), el campo de las emociones es amplio y variado debido a la existencia de un gran número de orientaciones teóricas y metodológicas por el hecho de que los fenómenos emocionales son complejos y pueden ser abordados desde un nivel fisiológico, cognitivo y conductual. No obstante existen dos grandes perspectivas teóricas que engloban la mayoría de las investigaciones realizadas: el **enfoque orgánico** que postula que los acontecimientos fisiológicos son los precursores de las emociones, y el **enfoque mentalista**, que considera que las reacciones fisiológicas son una consecuencia de los eventos psíquicos.

Centrándonos en la relación emoción-salud, las emociones negativas pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a la enfermedad, favorecer el inicio o el empeoramiento de una enfermedad ya instaurada, e incidir en los hábitos de salud. En contra, las emociones positivas, pueden favorecer las recuperaciones quirúrgicas y la supervivencia de las personas ya que pueden actuar como adyuvantes del tratamiento farmacológico (Limonero, 2003).

En relación con el tema de la muerte, una de las emociones más importantes y habituales que se da en proceso de morir es la del miedo. Cuando se profundiza en los miedos que puede manifestar una persona al final de su vida, se llega a la conclusión de que existen múltiples **miedos subjetivos**, relacionados tanto con la sintomatología física como con los tratamientos que recibe, la pérdida de sus funciones psicológicas, el miedo al más allá, a lo que le pasará a su familia cuando él muera, son entre otros, los temores o miedos que se pueden manifestar en el proceso de morir (Bayés y Limonero, 1999).

Pero si el miedo es una de las emociones principales que se da en la persona que se va a morir, también es, junto a la ansiedad, la emoción más frecuente que experimentan los sujetos que trabajan o que desean trabajar en un futuro cercano, con enfermos terminales o moribundos. En un estudio llevado a cabo por Colell, Limonero y Otero (2003), se llega a la conclusión de que los estudiantes de Enfermería si pudieran escoger preferirían trabajar con enfermos pediátricos en lugar de hacerlo con enfermos terminales de SIDA o de cáncer. Es decir, genera menos miedo y menos ansiedad trabajar con la vida, con el recién nacido, que trabajar día a día con la muerte. Esta realidad, nos lleva a pensar que el personal asistencial debería de poder utilizar mecanismos o recursos psicológicos que le ayudasen de forma adecuada, a modelar o canalizar el miedo y la ansiedad que puede aparecer en el trabajo cotidiano con enfermos al final de su vida.

De los muchos procesos cognitivos emocionales que podrían servir para atenuar las emociones del miedo y de la ansiedad, nos vamos a centrar en la **Competencia Percibida**, la **Autoeficacia** y la **Inteligencia Emocional**, procesos que a nuestro entender, pueden ayudar al profesional de Enfermería a afrontar los momentos críticos del proceso de morir. Es decir, una vez controlado el miedo y la ansiedad, la atención al enfermo terminal se puede convertir en un momento de satisfacción y de emociones positivas al incorporar la sensación de utilidad en la labor diaria. Pensamos que este es un tema importante a desarrollar y trabajar, ya que un profesional con el miedo controlado y asimilado, es sin duda, una de las mejores condiciones para que un profesional sanitario, pueda ofrecer una buena atención al enfermo moribundo y a su familia. Veamos a continuación una breve descripción de cada uno de estos procesos psicológicos.

1.4.1. Autoeficacia y Competencia Percibida

Antes de pasar a definir y desarrollar estos conceptos, es importante señalar que es reducido el número de trabajos que analizan el posible papel que algunos factores cognitivos pueden tener en la vivencia de la ansiedad ante la muerte. Así, por ejemplo, Tomer y Eliason (1996), han propuesto un modelo de ansiedad ante la muerte en el que las creencias personales sobre uno mismo (autoconcepto y autoestima) o sobre el mundo que nos rodea, junto con el significado de la muerte, son factores determinantes de la misma. Fortner y Neimeyer (1999), han observado que las personas que reportan baja autoimagen expresan elevados niveles de ansiedad ante la muerte. Por otra parte, Patton y Freitag (1977), observan en jóvenes estudiantes que los que presentan un *locus* de control externo, manifiestan mayores niveles de ansiedad ante la muerte; y Hayslip y Stewart (1987), en concordancia con el estudio anterior, señalan que el miedo a la muerte o al proceso de morir está relacionado con bajos niveles de internalidad sobre la salud general. Recientemente, Tang, Wu y Yan (2002), ha analizado además del *locus* de control de salud, las expectativas de autoeficacia en estudiantes universitarios chinos, observando que bajos niveles de estas variables correlacionan positivamente con altos niveles de ansiedad ante la muerte.

A partir de un análisis detallado de los estudios mencionados anteriormente, se desprende que el *locus* control y las expectativas de Autoeficacia, podrían ser algunos de los moduladores personales responsables de la adaptación a las situaciones de ansiedad y estrés. En este sentido, algunas investigaciones recientes también enfatizan en el papel de la Competencia Personal Percibida (o competencia personal CP), como un elemento implicado en la actuación de las personas ante situaciones de estrés. A continuación se van a definir y

justificar la introducción de estos dos procesos cognitivos (la Autoeficacia y la Competencia Percibida), en la presente investigación.

El concepto de **Autoeficacia** es una creencia sobre la propia capacidad para llevar a término una determinada tarea. Es un constructo cognitivo que pone en contraste los recursos personales con los requerimientos de la conducta instrumental a desarrollar. Un elemento importante de este concepto es su alta especificidad situacional, es decir, su dependencia respecto del contexto o las condiciones bajo las que se debe desarrollar la conducta.

En lo referente al concepto de **Competencia Percibida**, señalar que es un constructo más general que la Autoeficacia, puesto que se refiere a la creencia acerca del control que un sujeto dispone, a través de su propio comportamiento, sobre el entorno. La Competencia Percibida se diferencia de la Autoeficacia en tres aspectos muy importantes:

- Es *transituacional*, es decir, no evalúa el control percibido en un entorno concreto.
- Es *transconductual*, en la medida en que no define cuáles son las acciones específicas que el sujeto ejerce sobre el medio.
- Es un *reflejo global* de dos elementos distintos, que se yuxtaponen: el control global que el sujeto cree **que es capaz de ejercer** sobre el conjunto de sus propias conductas; y el control que el individuo cree **que sus conductas ejercen** sobre los estímulos del entorno (Sanz, 1997).

Por otro lado, parece ser que cuando el contexto o las condiciones a las que se enfrenta el individuo, son precisas y están claramente definidas las contingencias entre las conductas y sus efectos, la Autoeficacia jugará un papel determinante en el proceso generativo de la conducta. Pero cuando la situación es ambigua, la Competencia Percibida es la que tendrá un papel decisivo. Es en esta situación ambigua donde la Autoeficacia es poco determinante, y tendrá un pequeño poder predictivo sobre el éxito comportamental y los resultados derivados del mismo (Sanz, 1997). No obstante, para Bandura (1982), la CP sin Autoeficacia difícilmente producirá resultados saludables, y, en cualquier caso, aunque probablemente la CP es necesaria, no es suficiente para producir un cambio conductual. Así pues, la Autoeficacia lleva implícito el control sobre la ejecución de la conducta, pero no sobre sus consecuencias, mientras que la CP se refiere al control de estímulos consecuentes, pero no al control que ejerce el individuo sobre la ejecución conductual.

Esta necesidad de unificar Competencia Percibida y Autoeficacia, la encontramos en el constructo de Competencia Personal propuesto por Wallston (1992), que se define como la creencia individual y generalizada de que uno mismo es capaz de salir airoso de las situaciones estresantes a las que se ve sometido. La CP combina expectativas de competencia (la persona se siente, en general, capaz de emitir secuencias de actos complejos), y de contingencia (la persona cree que tales conductas le permiten controlar la vida), de manera que ocupa, en el contexto de las variables disposicionales, el papel de las expectativas de eficacia y de resultados en el de las variables personales específicas. (Blasco *et al.* 1999; Fernández-Castro *et al.*, 1998; Skinner, 1996). En otras palabras, si uno cree que **puede** llevar a cabo la conducta, y que esta acción realmente conducirá a unas **consecuencias determinadas**, la probabilidad de emitir la conducta aumentará. Al parecer, la CP podría ser mejor predictor del comportamiento que el *locus* de control, ya que una elevada CP implica un locus de control interno, mientras que un locus de control interno no significa necesariamente que el sujeto crea estar controlando exitosamente su vida (Blasco *et al.*, 1999).

Para Fernández-Castro *et al.* (1998), el constructo de Competencia Personal propuesto por Wallston, puede ser un concepto especialmente útil para comprender mejor por qué unas personas se ajustan bien a situaciones estresantes minimizando su impacto sobre la salud, mientras que otras no. En esta línea, Limonero *et al.* (2003), en un estudio sobre la influencia de la Inteligencia Emocional y la Competencia Percibida en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Psicología, corrobora la sugerencia anterior. Es decir, los alumnos con un nivel alto de Competencia Percibida, presentaban menos ansiedad ante la muerte que los alumnos con puntuaciones bajas en este concepto.

Como señala Neimeyer (1997), aunque es cierto que los humanos tememos a la muerte, no está claro de que sirve entender dicho miedo a la hora de afrontar la realidad de nuestra condición existencial. Es decir, quizás sería mejor preparar a las personas a afrontar la muerte en lugar de averiguar el nivel de ansiedad y miedo que genera la muerte. Esta preparación se hace más patente cuando nos referimos a la capacidad de afrontamiento que pueden presentar los sujetos que trabajan con enfermos al final de su vida. En este contexto, la Competencia Personal y la Autoeficacia, pueden ser estrategias válidas para afrontar la muerte y ayudar a los profesionales a desarrollar estrategias de intervención más efectivas.

En este sentido, Bugen (1980-1981) y Robbins (1992), estudiaron respectivamente, la importancia de la Competencia Percibida ante la muerte y de la Autoeficacia frente a la

muerte relacionada con los *hospice*, en los cursos de educación sobre la muerte que imparten a profesionales que atienden a enfermos terminales. A través de estos cursos, intentan demostrar que el afrontamiento es una consecuencia deseable tras una experiencia en educación sobre la muerte.

En nuestra investigación se ha utilizado la Escala de Competencia Frente a la Muerte de Bugen y la Escala de Autoeficacia Frente a la Muerte de Robbins y la Escala de Competencia Personal de Wallston. Como se verá en el análisis de los resultados, estos constructos cognitivos tienen una relación directa con el afrontamiento de la muerte. Es decir, la capacidad de afrontar la muerte en el futuro profesional de Enfermería, vendrá determinada, entre otros factores, por el nivel de Competencia Personal y de Autoeficacia que se necesita para trabajar con enfermos al final de su vida.

Limonero (2003), remarca que junto a la Competencia Personal Percibida y la Autoeficacia, existen otros dos elementos personales que pueden ayudar a afrontar la ansiedad y el estrés que genera el trabajar con enfermos al final de su vida. Un elemento es la **experiencia previa** que está relacionada con los aprendizajes previos ante las mismas situaciones de estrés. Las reacciones de estrés son menores si el sujeto ha tenido una experiencia previa similar. Y el otro, son los **rasgos de personalidad**. Por ejemplo, las personas muy optimistas tienden a ver los aspectos positivos de los sucesos o momentos negativos, haciendo que el impacto de lo negativo sea inferior o más controlado.

Veamos a continuación otro concepto que puede incidir en la capacidad de afrontamiento de la muerte en los profesionales de Enfermería a la hora de atender a enfermos en el proceso de morir, como es la Inteligencia Emocional.

1.4.2. La Inteligencia Emocional (IE)

A partir de la década de los 90 surgió con fuerza el interés por el tema de la Inteligencia Emocional, un interés debido, sobre todo, al éxito que tuvo la publicación del libro, *Inteligencia Emocional* de Goleman (1995). Esta obra contenía un mensaje novedoso y a su vez atractivo: se podía tener éxito en la vida sin tener una carrera o unos estudios académicos brillantes. A pesar de este éxito, el estudio de la IE, estaba en sus inicios.

Para Mayer (2001), antes de llegar al reconocimiento de la importancia del estudio de la Inteligencia Emocional, ha habido cinco fases de investigación en este campo:

1900-1969. La investigación sobre la inteligencia se centra en el debate sobre si lo primero es la respuesta fisiológica sobre la emoción o si ésta, genera la respuesta fisiológica. Por otro lado, durante este periodo, lo más predominante es el auge de los tests psicológicos.

1970-1989. Es el periodo precursor de la IE. Se estudia la interacción entre la emoción y el pensamiento. Aparece la teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner (1983), que incluye un aspecto novedoso: “la inteligencia intrapersonal”.

1990-1993. Es la primera vez que se define el concepto de IE por Salovey y Mayer (1990). Son los primeros que presentan estudios científicos sobre este nuevo constructo, siendo también, los autores del primer instrumento que intenta medir la IE, el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS).

1994-1997. Popularización del concepto de IE, principalmente por el éxito que tuvo la publicación del libro de Goleman, *La Inteligencia Emocional*.

1997-actualidad. Se profundiza en el constructo de IE y se introducen nuevas medidas. La aplicación de la Inteligencia Emocional cubre la mayoría de los campos de las relaciones humanas y, paralelamente, aparecen las primeras revisiones de artículos que han investigado sobre la IE.

Realizada esta breve introducción cronológica de la evolución del concepto de Inteligencia Emocional, pasamos a definir el concepto de IE y a describir los principales aspectos relacionados con este constructo.

Para Extremera y Fernández-Berrocal (2003), en la actualidad, la IE, se plantea como una forma de inteligencia genuina basada en aspectos emocionales, que incrementa la capacidad del grupo clásico de inteligencias para predecir el éxito en diversas áreas vitales. Salovey y Mayer(1990), investigadores que acuñan el término de IE, señalan que la Inteligencia Emocional se plantea como un acercamiento general que incluye las habilidades específicas necesarias para comprender, regular y experimentar las emociones de forma adaptativa. Definen el concepto de IE como *una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y la de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos*.

Años más tarde, Goleman, entre otros autores, populariza el término de IE proponiendo sus propias definiciones de persona emocionalmente inteligente, pero sin base o apoyo científico. Ante esta realidad, Mayer y Salovey, en 1997, y después de varios años de

investigación, llevan a término una formulación teórica de la IE basada en la habilidad mental redefiniendo el concepto de Inteligencia Emocional como *la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que generen un crecimiento emocional e intelectual.* Mayer y Salovey (1997).

Como señalan Fernández-Berrocal y Ramos Díaz (1999), a partir de esta reformulación, Mayer y Salovey desarrollan una definición que abarca tanto habilidades básicas como otras más complejas:

1.- Percepción y expresión emocional

Habilidad para identificar emociones de uno mismo y de otros individuos, junto con la capacidad de expresar emociones de forma adecuada.

2.- Facilitación y asimilación emocional

Habilidad para usar las emociones como forma de facilitar el pensamiento. Es decir, la capacidad de usar las emociones para reforzar el razonamiento.

3.- Conocimiento emocional

Habilidad en comprender el significado emocional de las emociones así como la habilidad en comprender la evolución de unos estados emocionales de otros.

4.- Regulación emocional

Habilidad o capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos o negativos, incluyendo la regulación emocional de nuestras propias emociones y las de otros.

Una vez realizada esta breve introducción al concepto de Inteligencia Emocional y habiendo desarrollado el modelo de las cuatro ramas de Mayer y Salovey, queremos añadir que en estos momentos existen otros modelos que desarrollan el concepto de IE. Entre ellos, destacamos el modelo de competencias de Goleman (1996, 1998) y el modelo multifactorial de Bar-On (1997). Nosotros nos decantamos por el modelo de las cuatro ramas, porque como señalan Extremera y Fernández-Berrocal (2003), el modelo de Salovey y Mayer ha mostrado su solidez científica a lo largo de los últimos años mediante continuas investigaciones sobre la IE. Por otro lado, en nuestro estudio hemos utilizado su instrumento de medición de las IE. El

Trait Meta-Mood Scale (1995), que hasta la fecha, es uno de los instrumentos más utilizados en diferentes ámbitos en donde se intenta medir el nivel de Inteligencia Emocional. Es importante señalar que debido a que el TMMS fue creado en 1995, es decir antes de la reformulación teórica del modelo de Mayer y Salovey (1997), no hay una relación entre las dimensiones de la IE propuestas en el nuevo modelo y los factores del TMMS que evalúa sólo tres dimensiones de la IE: Atención, Claridad y Regulación emocional. En relación a estos tres factores, cabe decir, que en general, las personas con mejores niveles de adaptación psicológica, son aquellas que presentan puntuaciones moderadas o bajas en Atención emocional y altas en Claridad y Regulación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Salovey *et al.*, 1995 y Thayer *et al.*, 2003). Concretando un poco más y por lo que respecta a la Atención emocional, se ha observado que los individuos con un nivel moderado de atención a sus emociones, serán los que mejor utilizarán la regulación emocional ya que tendrán en cuenta la información obtenida de sus emociones (Gohm, 2003). Por lo que se refiere al factor Claridad emocional, éste correlaciona negativamente con las dimensiones de alexitimia (Fernández, Velasco y Campos, 2003). Por otro lado, elevadas puntuaciones en este factor del TMMS, se asocian con diferentes dimensiones de salud general (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002), mayor satisfacción vital (Palmer *et al.*, 2002), mejor autoestima y satisfacción interpersonal (Salovey *et al.*, 2002) y una mejor adaptación a situaciones estresantes en el trabajo (Gohm *et al.*, 2001). Así mismo, cabe señalar que la Regulación emocional, el tercer factor del TMMS, está muy relacionada con el anterior, es decir, la Claridad emocional. En este sentido, las personas con una capacidad elevada de diferenciación de las experiencias emocionales, tienen más posibilidad de regular las mismas (Feldman-Barret, Gross, Conner y Benvenuto, 2001 y Limonero *et al.* 2004))

Para concluir este apartado de la IE, queremos señalar que centrándonos en el colectivo de Enfermería, no cabe duda que la habilidad en la expresión, comprensión y regulación de las emociones puede ser una de las mejores formas de afrontar el estrés que genera trabajar con la enfermedad y el enfermo al final de su vida.

Como señala Limonero *et al.* (2004), la capacidad para evaluar y distinguir entre las respuestas emocionales de los pacientes y el uso de esta información como guía de pensamientos y acciones, puede ser importante en el establecimiento de la relación enfermera/o-paciente. En este contexto, para Elam (2000), la Inteligencia Emocional, podría tener un papel determinante a la hora de facilitar las estrategias de afrontamiento eficaces para hacer frente a las situaciones estresantes. El manejo eficaz de las propias respuestas

emocionales puede constituir una dimensión importante que ayude al personal de Enfermería a valorar y superar su estrés laboral.

En nuestro estudio se ha querido evaluar el nivel de IE percibida de los estudiantes de Enfermería que han participado en el mismo. Como se verá en el análisis de los resultados, la IE está relacionada con el deseo de trabajar con enfermos moribundos a sí como con la Competencia Personal Percibida y la Autoeficacia frente la muerte. No cabe duda que poder profundizar sobre la IE en el inicio de los estudio de Enfermería podría facilitar una mejor preparación a la hora de afrontar el estrés y la ansiedad que puede generar trabajar con el enfermo terminal y su familia. Como señala Bellack (1999), la necesidad de desarrollar habilidades relacionadas con la IE ha posibilitado la incorporación de esta materia en los planes de estudios de algunas escuelas americanas de Enfermería.

A continuación vamos a exponer la parte empírica de esta investigación, en donde los procesos emocionales descritos anteriormente, van a tener un papel predominante.

2. PARTE EMPÍRICA

2.1. Objetivos y justificación de la investigación

Varios son los objetivos que nos planteamos al llevar a término esta investigación. No obstante, de todos los objetivos, teníamos presente que queríamos averiguar hasta qué punto el factor cultural puede determinar e influir en las actitudes ante la muerte y la atención al enfermo al final de su vida. Tuvimos presente el hecho de que en la comunidad andaluza la religión, la idealización de la muerte y el culto a los difuntos puede servir para que un elevado número de personas puedan expresar emociones y sentimientos relacionados con la muerte, los difuntos y la fe. Estas características sociológicas se dan, en menor medida, en la comunidad catalana, por lo que pensamos que el factor cultural y emocional puede condicionar las actitudes y las conductas hacia el enfermo al final de la vida. Ante esta realidad, el objetivo principal de esta investigación ha sido **analizar las actitudes ante el enfermo terminal y la muerte entre dos comunidades con idiosincrasias muy determinadas: la catalana y la andaluza**. Consecuentemente, valorar si los aspectos psicosociales, pueden determinar las actitudes ante el enfermo al final de su vida, en los futuros estudiantes de Enfermería de las dos comunidades.

2.1.1. Objetivos

Junto al objetivo antes descrito, los otros objetivos de esta investigación son:

- 1- Valorar el interés que tienen los estudiantes de Enfermería para trabajar con enfermos al final de su vida.
- 2- Averiguar la importancia del factor emocional en la atención al enfermo moribundo. En concreto, a través del análisis del papel de la Competencia Personal percibida ante la muerte, la Autoeficacia frente la muerte y el rol de la Inteligencia Emocional, en el deseo de trabajar con enfermos al final de su vida.
- 3- Verificar la influencia de algunos procesos cognitivos y emocionales ante la ansiedad y el miedo que genera la muerte. Concretamente, mediante el análisis del miedo a la muerte y del análisis de los factores que podrían ayudarnos a morir en paz.

- 4- Analizar el cambio de actitudes ante la muerte y el proceso de morir mediante la impartición de un seminario de educación sobre la muerte.

2.1.2. Hipótesis

Las principales hipótesis que nos hemos planteado en este estudio son las siguientes:

1- Debido al miedo y a la ansiedad que genera trabajar con la muerte día a día, *no existirá un elevado nivel de deseo de trabajar con enfermos al final de la vida una vez concluidos los estudios de Enfermería, si lo comparamos con la posibilidad de trabajar con otro tipo de enfermos.*

2- El entramado sociocultural sobre la muerte en la comunidad andaluza, determinará que *los estudiantes de la comunidad andaluza presenten un nivel más elevado de Inteligencia Emocional que los estudiantes catalanes.*

3- *Existirá una relación entre Inteligencia Emocional, Competencia Personal Percibida ante la muerte y Autoeficacia ante la muerte. Es decir, a mayor IE, mayor Competencia Percibida ante la muerte y mayor Autoeficacia.*

4- Debido a que en las poblaciones pequeñas el culto a los muertos conlleva la realización de rituales que permiten estar cerca del difunto y de sus familiares, *los estudiantes que viven en poblaciones de menos de 50.000 habitantes, tendrán más deseo de trabajar con enfermos al final de la vida.*

5- *La impartición de un seminario de educación sobre la muerte y el proceso de morir, generará cambios en las creencias sobre la muerte y el proceso de morir.*

Para verificar las hipótesis descritas, realizamos dos estudios:

Estudio 1: **estudio principal**, que intentará validar las hipótesis 1, 2, 3, 4.

Estudio 2: **estudio experimental**, para validar la hipótesis 5.

2.1.3. Justificación

Los resultados de esta investigación pueden ser útiles ya que entre otros aspectos, pueden ayudar a:

- 1- Conocer algunos procesos cognitivos y emocionales que pueden incidir en la motivación para trabajar con enfermos terminales en estudiantes de Enfermería.
- 2- Preparar al futuro profesional de Enfermería en la atención al enfermo al final de su vida, potenciando los aspectos cognitivos y emocionales que le permitan afrontar de forma más adecuada, el estrés que genera el trabajar con la muerte de forma habitual.
- 3- Tener presente aspectos metodológicos y emocionales que intervienen en la educación sobre la muerte.
- 4- Poder planificar de una forma más rigurosa, la docencia en relación con la atención al enfermo terminal a lo largo de los tres cursos de que consta en la actualidad, la Diplomatura en Enfermería.

2.2. Estudio 1: estudio principal

2.2.1. Objetivos

Los objetivos del presente estudio son los expuestos en el apartado 2.1.1., a excepción del último punto, que hace referencia al impacto de un seminario de educación sobre la muerte que se expondrá en el estudio experimental que se desarrollará más adelante.

2.2.2. Método

2.2.2.1. Sujetos

Los sujetos que participaron en este estudio se seleccionaron a lo largo del curso académico 2002-2003. En concreto entre octubre y noviembre de 2002. Los estudiantes que formaron parte de este estudio principal, procedían de tres escuelas universitarias de Enfermería: Escuela Universitaria de Enfermería de Vic (Barcelona), Escuela Universitaria de Enfermería de Lleida y Escuela Universitaria Virgen de Macarena de Sevilla. El número total de participantes fue de 444.

El único criterio que se utilizó a la hora de seleccionar a los sujetos fue la participación voluntaria de los mismos.

2.2.2.2. Instrumentos

Para llevar a término los objetivos del presente estudio, los sujetos de esta investigación respondieron de forma anónima y voluntaria a una serie de preguntas que se recogían en un dossier a modo de cuadernillo.

Se administraron los siguientes instrumentos: (Ver ANEXOS I)

- 1. Registro de variable sociodemográficas.** Se analizaban las siguientes variables: sexo, edad, lugar de residencia, y años que la familia vive en Andalucía o Cataluña.
- 2. Escala análogo-visual sobre el bienestar actual del sujeto.** Es una escala mediante la cual al alumno se le pregunta *cómo se siente emocionalmente* en el momento de la

administración del dossier (Anexo I, pregunta 2). Las respuestas podían ir desde muy mal que se les otorgaba una puntuación de 0, hasta muy bien, con una puntuación de 10.

3. **Escala para evaluar la preparación emocional que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.** Mediante este ítem se pregunta a los sujetos si se sienten preparados desde un punto de vista emocional para cuidar a enfermos terminales. Las respuestas podían ir desde **nada** que se le otorga una puntuación de 1, **poco** con una puntuación de 2, **regular** con una puntuación de 3, **bastante** que puntuaba 4, y **mucho** con una puntuación de 5. (Anexo I, pregunta 3).
4. **Escala para evaluar la preparación asistencial que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.** De la misma forma que en el ítem anterior, a los estudiantes que participaron en este estudio se les pregunta si se sienten preparados o capaces entre otros aspectos, de controlar el dolor, de comunicarse y de tratar los diversos síntomas que van apareciendo en el proceso de morir (Anexo I, pregunta 4).
5. **Escala para evaluar la preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos en general.** Mediante esta escala se quiere averiguar si la sensación de preparación emocional y técnica es la misma a la hora de cuidar a persona enfermas, es decir, a enfermos pero no al final de su vida. Las respuestas pueden ir desde **nada** que se le otorga una puntuación de 1, **poco** que puntuaba 2, **regular** con una puntuación de 3, **bastante** con una puntuación de 4, y **mucho** que se le otorga una puntuación de 5. (Anexo I, preguntas 19 y 20).
6. **Escala para evaluar la importancia de los cuidados al enfermo terminal en la carrera de Enfermería.** Mediante una escala análogo-visual, se pregunta al sujeto que puntúe del uno al diez la importancia que para él tienen los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería, siendo 1 la mínima importancia y 10 la máxima (Anexo I, pregunta 5).
7. **Cuestionario sobre preferencias profesionales en el campo de Enfermería.** Para averiguar las preferencias laborales una vez concluidos los estudios de la disciplina de Enfermería, se construyó un cuestionario en el que se recogen diez posibles campos de trabajo (Anexo i, pregunta 6). Al alumno se le pregunta: *¿hasta qué punto desearías en tu futuro laboral trabajar en las siguientes situaciones?* La respuesta puede ir desde

no me gustaría en absoluto, con una puntuación de 1, hasta *me gustaría muchísimo*, con una puntuación de 7.

- 8. Cuestionario sobre ansiedad.** Se utilizó la adaptación española de Seisdedos del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970). Es un cuestionario que mide la ansiedad rasgo, es decir la **ansiedad vivida como un rasgo** de la personalidad y **la ansiedad estado** que es la ansiedad que manifiesta el sujeto en el momento de la administración de la prueba. Este cuestionario consta de 40 ítems, 20 para la ansiedad Rasgo y 20 para la ansiedad Estado. Cada ítem se puede responder con cuatro opciones: **nada** con una puntuación otorgada de 0, **algo** que se puntúa 1, **bastante** con 2 y **mucho** con 3. La puntuación máxima sería 60. Es decir, el nivel más elevado de ansiedad tendría una puntuación de 60.
- 9. Cuestionario sobre creencias sociales relacionadas con la muerte.** Es un cuestionario construido “ad hoc” con quince ítems relacionados con creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte. Al sujeto se le pide que valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo con las afirmaciones que aparecían a continuación. La puntuación va desde un 1, si estaba *totalmente en desacuerdo*, hasta 7, si estaba *totalmente de acuerdo* (Anexo I, pregunta 7).
- 10. Escala análogo-visual para evaluar el deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de Cuidados Paliativos.** Se utilizó una escala análogo-visual para valorar el deseo de hacer prácticas clínicas en una unidad o servicio de atención al enfermo terminal. Las respuestas se puntúan desde 0, el mínimo deseo, hasta 10, el máximo.
- 11. Escala de Competencia Percibida frente a la muerte.** Para evaluar el nivel de Competencia Percibida frente la muerte, se utilizó la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (1980-1981), descartando los ítems que se consideró que no eran apropiados para los objetivos de la presente investigación. La escala original de Competencia Percibida de Bugen consta de 30 ítems, de los cuales escogimos sólo once. A los sujetos se les pide que valoren del 1 al 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo en las afirmaciones que se exponían a continuación, siendo 1 el *total desacuerdo* y 7 el *total acuerdo* con la afirmación expuesta (Anexo I, pregunta 15).
- 12. Escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins.** Para evaluar el nivel de Autoeficacia frente a la muerte se utilizó la escala de

Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospice de Robbins (1992), descartando los ítems que se consideraron que no eran apropiados para esta investigación. La escala original consta de 44 ítems de los que sólo utilizamos 17. A los sujetos se les pregunta *hasta qué punto se sienten incapaces-capaces de realizar las acciones que se exponen a continuación*. La respuesta puede ir desde *me siento totalmente incapaz* con una puntuación de 1, hasta *me siento totalmente capaz*, con una puntuación de 7 (Anexo I, pregunta 13).

13. Cuestionario de creencias en relación al enfermo terminal. Es un cuestionario construido “ad hoc” con quince ítems relacionados con creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte. Al sujeto se le pide que valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo con las afirmaciones que aparecían a continuación. La puntuación va desde un 1, si está *totalmente en desacuerdo*, hasta 7, si está *totalmente de acuerdo* (Anexo I, pregunta 8).

14. Escala de Competencia Percibida de Wallston. Se ha utilizado la versión española de Fernández et al. (1997). Es una escala que consta de 6 ítems y la respuesta a cada ítem puede ir desde *totalmente en desacuerdo* con la afirmación que se puntúa con un 1, hasta *totalmente de acuerdo* con una puntuación de 6. Así pues, la puntuación máxima sería de 48 puntos, y la media 24 (Anexo I, pregunta 16).

15. Escala de Inteligencia Emocional. Se utilizó la adaptación española de Fernández-Berrocal et al. (1999), de la TMMS de Salovey y Mayer. Es una escala compuesta de 48 ítems que evalúa tres áreas de la Inteligencia Emocional: la atención a los sentimientos, la claridad de los mismos y la capacidad de reparación emocional. Las respuestas a las afirmaciones de los ítems pueden ir desde *nunca* con una puntuación de 1, hasta *muy frecuentemente*, con una puntuación de 5 (Anexo I, pregunta 12).

16- Escala modificada de ansiedad ante la muerte de Collet-Lester. En el presente estudio se utilizó la escala modificada por Bayés y Limonero (1999), de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Collet-Lester. Es una Escala que consta de cuatro subescalas en las que se contempla *la preocupación por la propia muerte, y el propio proceso de morir, y la preocupación por la muerte de la persona más querida y la preocupación por su proceso de morir*. Cada subescala está compuesta de cinco ítems en donde la respuesta puede ir desde *no me preocupa nada* a la que se le otorga una puntuación de 1, hasta *me preocupa muchísimo* con una puntuación de 5 (Anexo I, pregunta 17).

- 17. Cuestionario sobre aspectos que ayudarían a morir en paz.** Es un cuestionario elaborado por Bayés y Limonero (1999). Consta de once ítems en los que se exponen aspectos que ayudarían a morir en paz. Las respuestas pueden ir desde *no me ayudaría nada* con una puntuación de 1, hasta *me ayudaría muchísimo* con una puntuación de 5. Al finalizar el cuestionario se le pide al sujeto que de todos los aspectos anteriormente citados, señala el que más le ayudaría y a continuación el segundo aspecto que más ayudaría a morir en paz (Anexo I, pregunta 18).
- 18. Pregunta sobre si se ha matriculado en la asignatura de Cuidados Paliativos.** Al alumno se le pregunta si ha realizado la asignatura de cuidados paliativos. Podían responder a esta pregunta los alumnos de la escuela de Lleida y la de Vic, ya que en las escuelas de Enfermería de la comunidad andaluza donde realizamos la investigación, no tenían en sus planes de estudio, por aquel entonces, una asignatura específica de introducción a los cuidados paliativos. (Anexo I, pregunta 22).
- 19. Pregunta sobre si ha hecho prácticas con enfermos terminales.** A los alumnos se les pregunta sobre si han hecho prácticas clínicas con enfermos terminales. Podían responder los sujetos de las dos comunidades, ya que tanto en Cataluña, como en Andalucía, un porcentaje de alumnos ha realizado prácticas clínicas con equipos que atienden enfermos al final de la vida (Anexo I, pregunta 14).

2.2.3. Procedimiento

En octubre de 2001 se llevó a término un estudio piloto para sentar las bases del actual estudio. Al tener presente la posibilidad de que los factores psicosociales pudieran ser determinantes a la hora de atender a enfermos al final de su vida, nos planteamos la posibilidad de hacer un estudio comparativo entre estudiantes de Enfermería de dos comunidades españolas: la catalana y la andaluza. Los resultados de esta experiencia se pueden ver en Colell, Limonero y Otero (2003).

Este estudio nos sirvió para darnos cuenta de aspectos tan concretos como que los alumnos de primero de Enfermería no tenían claros conceptos como cuidados paliativos, hospital de agudos, centro de atención primaria, centro sociosanitario..., lo que nos sirvió para tenerlo presente en el actual estudio.

Así pues, con la experiencia del estudio piloto, la forma de llevar a término el actual estudio, fue la que vamos a detallar a continuación.

Éramos conscientes de que debíamos de extremar en lo máximo la forma de administrar el material así como las instrucciones que se iban a utilizar. Hay que tener en cuenta que el dossier se administró a más de 500 alumnos de tres escuelas distribuidos en 9 cursos, (primero, segundo y tercero de cada escuela). Es decir, era necesario para minimizar en lo posible el riesgo de variables intervinientes, que las consignas fueran las mismas y dadas por el mismo investigador. Ello implicó que el investigador de este estudio se desplazara a las tres escuelas a lo largo de los meses de octubre y noviembre de 2002. El objetivo era evitar la influencia de las prácticas clínicas sobre todo en los estudiantes de primero y de segundo.

Nos pusimos en contacto con los profesores que impartían la asignatura de Ciencias Psicosociales Aplicadas que es una asignatura troncal que se imparte en el primer curso de los estudios de Enfermería. Al ser el autor de este estudio también profesor de la misma signatura, facilitó la comprensión del proyecto y la realización del mismo.

Teniendo en cuenta que el cuadernillo con todo el material se podía responder entre quince y veinte minutos, los profesores nos dejaron su hora de clase, lo que sirvió para aumentar la motivación a la hora de contestar las preguntas del dossier. Al terminar, los alumnos podían marchar. Es decir, no tenían clase una vez contestadas las preguntas del cuadernillo. Pensamos que esta facilidad en poder responder sabiendo que no había la presión de la prisa por tener a continuación clase, ha sido un factor que sin duda ha ayudado a responder con ganas y entusiasmo. La prueba de ello, la pudimos comprobar cuando al cabo de cuarenta minutos algunos alumnos todavía estaban respondiendo las preguntas de cuadernillo, cuando todos sus compañeros ya habían terminado y se habían ido del aula.

La forma en que presentamos nuestra investigación fue como sigue: el profesor que nos cedía su hora, me presentaba diciendo que era un profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lleida y que les quería invitar a participar en un estudio multicéntrico que se llevaría a término entre escuelas de Enfermería de Cataluña y Andalucía. Realizada esta breve presentación, pasábamos a explicar nuestro proyecto en los siguientes términos:

“En vuestro futuro profesional tendréis que atender en más de una ocasión a enfermos en situación de enfermedad avanzada y terminal. Nuestro estudio tiene como objetivo básico saber cuáles son vuestras actitudes en relación con este tema. Vuestras

respuestas nos pueden ayudar a ofrecer desde la universidad, una mejor preparación emocional y asistencial en relación a la muerte y al proceso de morir. Como podéis ver, el cuestionario es totalmente anónimo. Una vez tengamos los resultados de esta investigación os los haremos saber a través de vuestro profesor/a. Muchas gracias por vuestra participación”

Queremos resaltar que todos los alumnos presentes en el momento de la administración quisieron colaborar. Participaron 502 alumnos, de los que se descartaron 58 alumnos por no responder a todas las preguntas. Finalmente, 444 alumnos han formado parte de este estudio. El dossier a modo de cuadernillo que contenía los instrumentos de esta investigación, se puede ver en los ANEXOS I.

2.2.4. Resultados

2.2.4.1. Descripción de las variables sociodemográficas

En este apartado vamos a describir las principales variables sociodemográficas pertenecientes a los sujetos que participaron en el estudio principal.

- **Sexo y comunidad**

El número total de participantes fue de 444 de ellos, 254 (57,2%), eran alumnos de Cataluña y 190, (42,8%) de Andalucía (Tabla 2.2.1). En Cataluña el 92,5% eran estudiantes del sexo femenino y el 7,5% eran hombres. En Andalucía el 74,7% eran mujeres y el resto, es decir, el 25,3% fueron hombres. Es importante destacar que el porcentaje de estudiantes masculinos fue significativamente superior en Andalucía ($p < 0,001$), en concreto el 25,3%, frente al 7,5% de los estudiantes del sexo masculino que participaron en Cataluña.

| | | mujer | | hombre | | Total de grupo | |
|----------------|-----------|-------|--------|--------|--------|----------------|--------|
| | | N | % fila | N | % fila | N | % fila |
| Comunidad | Cataluña | 235 | 92,5% | 19 | 7,5% | 254 | 57,2% |
| | Andalucía | 142 | 74,7% | 48 | 25,3% | 190 | 42,8% |
| Total de grupo | | 377 | 84,9% | 67 | 15,1% | 444 | 100,0% |

Tabla 2.2.1 Características sociodemográficas: comunidad y sexo de los participantes.

- **Edad**

La media de la edad de los 444 participantes de esta investigación fue de 20,53 años, con una desviación típica, de 3,71 años, siendo la edad de los participantes más jóvenes de 17 años y la edad de los participantes mayores de 43 años, no existiendo diferencias significativas entre las edades de los estudiantes de Andalucía y Cataluña (Tabla 2.2.2).

| Comunidad | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desviación típ. |
|-----------|--------|-----|-------|---------|--------|--------|-----------------|
| Cataluña | mujer | 234 | 21,19 | 20,00 | 17,00 | 41,00 | 3,36 |
| | hombre | 19 | 21,00 | 20,00 | 18,00 | 29,00 | 2,94 |
| | Total | 253 | 21,18 | 20,00 | 17,00 | 41,00 | 3,33 |
| Andalucía | mujer | 142 | 20,34 | 20,00 | 17,00 | 41,00 | 3,27 |
| | hombre | 48 | 21,10 | 19,50 | 17,00 | 43,00 | 4,78 |
| | Total | 190 | 20,53 | 20,00 | 17,00 | 43,00 | 3,71 |

Tabla 2.2.2 *Características sociodemográficas: edad.*

- **Lugar de residencia habitual**

Como se observa en la Tabla 2.2.3, existen diferencias significativas en lo referente al lugar de residencia habitual de los participantes en este estudio. El porcentaje de estudiantes que en Cataluña residen en una ciudad de más de 100.000 habitantes es menor significativamente que en Andalucía ($p < 0.05$). En cambio, en Cataluña residen más estudiantes en poblaciones de menos de 5.000 habitantes que en Andalucía ($p < 0.05$). Las otras dos categorías no presentan diferencias.

| lugar de residencia habitual | Comunidad | | | | Total de grupo | |
|------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|----------------|--------|
| | Cataluña | | Andalucía | | N | % fila |
| | N | % fila | N | % fila | | |
| población - de 5000 | 85 | 34,0% | 14 | 7,4% | 99 | 22,6% |
| población +5000 y 25000 | 62 | 24,8% | 56 | 29,8% | 118 | 26,9% |
| población +25000 y 100.000 | 43 | 17,2% | 41 | 21,8% | 84 | 19,2% |
| población + 100.000 | 60 | 24,0% | 77 | 41,0% | 137 | 31,3% |
| Total de grupo | 250 | 100,0% | 188 | 100,0% | 438 | 100,0% |

Tabla 2.2.3 *Características sociodemográficas: lugar de residencia habitual.*

- **Años que vive la familia en Andalucía y Cataluña**

Sólo el 8,3% de los estudiantes catalanes y el 5,8% de los andaluces, hace menos de 20 años que su familia vive en sus comunidades respectivas. El resto, vive desde siempre o desde hace más de 20 años en Andalucía o Cataluña (Tabla 2.2.4). El objetivo de añadir esta variable en este estudio era para poder asegurar que la mayoría de los estudiantes ha interiorizado a través del vínculo familiar los aspectos más significativos de cada comunidad. De esta forma se pueden comparar resultados y llegar a conclusiones sabiendo que la idiosincrasia de una comunidad puede influir y determinar las respuestas de los sujetos.

| años que vive en andalucia/catalunya | Comunidad | | | | Total de grupo | |
|---|-----------|--------|-----------|--------|----------------|--------|
| | Cataluña | | Andalucía | | N | % fila |
| | N | % fila | N | % fila | | |
| desde siempre | 214 | 84,6% | 169 | 89,4% | 383 | 86,7% |
| - de 20 años | 21 | 8,3% | 11 | 5,8% | 32 | 7,2% |
| + de 20 años | 18 | 7,1% | 7 | 3,7% | 25 | 5,7% |
| no reside | | | 2 | 1,1% | 2 | ,5% |
| Total de grupo | 253 | 100,0% | 189 | 100,0% | 442 | 100,0% |

Tabla 2.2.4 *Características sociodemográficas: años que vive la familia en Andalucía y Cataluña.*

- **Escala análogo-visual sobre el bienestar actual del sujeto**

Al alumno se le preguntaba cómo se sentía emocionalmente en el momento de la administración del dossier (Anexo I, pregunta 2). El objetivo era averiguar el nivel de bienestar que presentaban los alumnos en el momento de la administración de los cuestionarios. Las respuestas se clasificaban en una escala que iba desde 0, la mínima satisfacción, hasta 10, la máxima. En la Tabla 2.2.5, la puntuación de la mediana de 7,8 refleja una sensación de bienestar bastante elevada y muy similar en las dos comunidades.

El análisis de la varianza no reveló diferencias significativas entre comunidades ($p = 0,15$) ni entre ambos sexos ($p = 0,16$).

| | | ahora emocionalmente me siento | | | | | Desviación |
|-----------|--------|--------------------------------|-------|---------|--------|--------|------------|
| Comunidad | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | típ. |
| Cataluña | mujer | 234 | 7,05 | 8,00 | 1,00 | 10,00 | 2,02 |
| | hombre | 19 | 6,79 | 8,00 | 3,00 | 10,00 | 2,35 |
| | Total | 253 | 7,03 | 8,00 | 1,00 | 10,00 | 2,04 |
| Andalucía | mujer | 140 | 7,21 | 8,00 | 1,00 | 10,00 | 2,15 |
| | hombre | 48 | 7,06 | 7,00 | 4,00 | 10,00 | 1,91 |
| | Total | 188 | 7,18 | 8,00 | 1,00 | 10,00 | 2,09 |

Tabla 2.2.5 *Nivel de bienestar en el momento de la aplicación de la prueba.*

- **Preparación emocional para cuidar enfermos terminales**

Mediante este ítem se preguntaba a los sujetos si se sentían preparados desde un punto de vista emocional para cuidar a enfermos terminales. Las respuestas podían ir desde **nada** que se le otorgaba una puntuación de 1, **poco** puntuaba 2, **regular** con una puntuación de 3, **bastante** con una puntuación de 4, y **mucho** con una puntuación de 5. (Anexo I, pregunta 3).

Como se puede observar en la Tabla 2.2.6, la media de las respuestas fue de 3,53, lo que denota una sensación de sentirse preparados de forma regular. Cabe resaltar que el análisis de la varianza no reveló diferencias significativas entre comunidades ($p = 0,33$) ni entre ambos sexos ($p = 0,11$).

| | | Me siento preparado emocionalmente para cuidar enfermos terminales | | | | | Desviación |
|-----------|--------|--|-------|---------|--------|--------|------------|
| Comunidad | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | típ. |
| Cataluña | mujer | 235 | 3,43 | 4,00 | 1,00 | 5,00 | ,87 |
| | hombre | 19 | 3,63 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,90 |
| | Total | 254 | 3,44 | 4,00 | 1,00 | 5,00 | ,87 |
| Andalucía | mujer | 142 | 3,46 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,74 |
| | hombre | 48 | 3,75 | 4,00 | 1,00 | 5,00 | ,91 |
| | Total | 190 | 3,53 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,79 |

Tabla 2.2.6 *Preparación emocional para cuidar a enfermos terminales.*

• **Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales**

De la misma forma que en la tabla anterior, los estudiantes que participaron en este estudio, valoraron su preparación asistencial, es decir, si se sentían preparados o capaces entre otros aspectos, de controlar el dolor, de comunicarse y de tratar los diversos síntomas que van apareciendo en el proceso de morir (Anexo I, pregunta 4). Como se refleja en la Tabla 2.2.7 la puntuación de la media fue algo inferior que la dada a la preparación emocional. En general, los alumnos se sienten preparados de forma regular en lo concerniente a la preparación asistencial. El análisis de la varianza reveló diferencias significativas entre comunidades ($p = 0,013$), es decir, en Cataluña la puntuación es más elevada que en Andalucía, no observándose diferencias entre ambos sexos ($p = 0,07$).

| Comunidad | | Me siento preparado asistencialmente para cuidar enfermos terminales | | | | | Desviación |
|-----------|--------|--|-------|---------|--------|--------|------------|
| | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | típ. |
| Cataluña | mujer | 235 | 3,03 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,90 |
| | hombre | 19 | 3,11 | 3,00 | 2,00 | 4,00 | ,88 |
| | Total | 254 | 3,04 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,89 |
| Andalucía | mujer | 142 | 2,60 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,88 |
| | hombre | 48 | 2,69 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,97 |
| | Total | 190 | 2,62 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,90 |

Tabla 2.2.7 *Preparación asistencial para cuidar a enfermos terminales.*

• **Preparación emocional y asistencial para cuidar a personas enfermas**

Se quiso averiguar si la sensación de preparación emocional y técnica era la misma a la hora de cuidar a persona enfermas, es decir, a enfermos pero no en el final de su vida (Anexo I, preguntas 19 y 20). En las Tablas 11.8 y 11.9, respectivamente, se observa que, tanto por comunidad como por sexo, existe una ligera sensación de mejor preparación emocional y asistencial o técnica a medida que se avanza en la carrera. Los alumnos del segundo y tercer año se sienten más preparados emocional y técnicamente para cuidar a personas enfermas. En general, si comparamos los resultados de estas tablas con la tablas anteriores (Tablas 2.2.6 y 2.2.7), se puede observar que existe una percepción de sentirse más preparados emocional y técnicamente para cuidar a personas enfermas que a personas al final de su vida, aunque no existe la sensación de sentirse muy preparados para cuidar a cualquier tipo de enfermos, incluso en los alumnos de tercer curso.

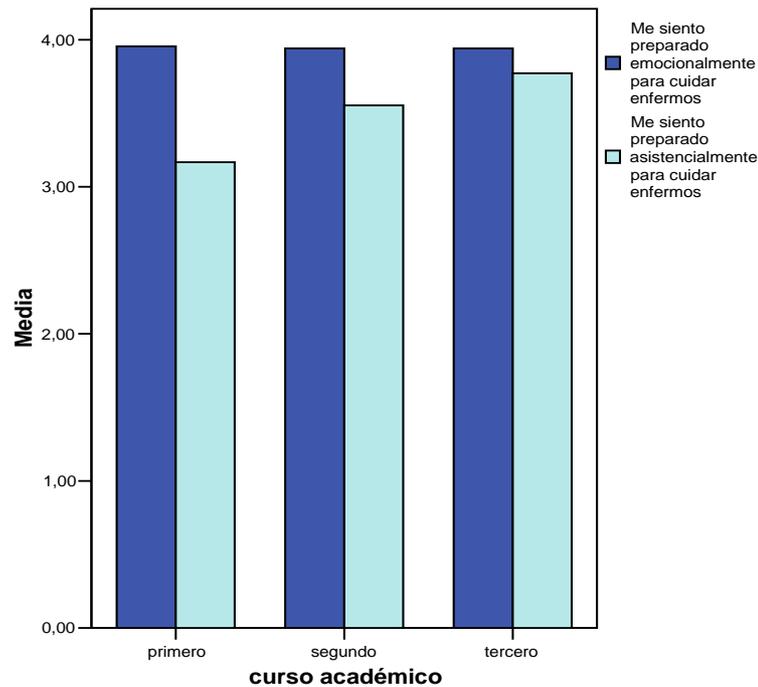
El análisis multivariante de medidas repetidas realizado, demuestra una superioridad de la preparación emocional por encima de la preparación asistencial ($p < 0.001$) en el conjunto de alumnos. Pero también se observa una interacción con el factor curso ($p < 001$). Es decir, como puede verse en la gráfica 2.2.1, la superioridad de la preparación asistencial es mucho más manifiesta en tercero que en primero.

| | | | Me siento preparado emocionalmente para cuidar enfermos | | | | | |
|-----------|-----------------|--------|---|-------|---------|--------|--------|------------|
| Comunidad | curso academico | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desv. tip. |
| Cataluña | primero | mujer | 111 | 3,89 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,74 |
| | | hombre | 10 | 4,00 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,67 |
| | | Total | 121 | 3,90 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,73 |
| | segundo | mujer | 35 | 4,03 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,71 |
| | | hombre | 1 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | , |
| | | Total | 36 | 4,03 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,70 |
| | tercero | mujer | 88 | 3,91 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,69 |
| | | hombre | 8 | 3,63 | 4,00 | 2,00 | 4,00 | ,74 |
| | | Total | 96 | 3,89 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,69 |
| Andalucía | primero | mujer | 60 | 3,95 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,62 |
| | | hombre | 22 | 4,27 | 4,50 | 2,00 | 5,00 | ,88 |
| | | Total | 82 | 4,04 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,71 |
| | segundo | mujer | 54 | 3,93 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,70 |
| | | hombre | 13 | 3,69 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,85 |
| | | Total | 67 | 3,88 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,73 |
| | tercero | mujer | 27 | 4,04 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,71 |
| | | hombre | 13 | 4,15 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,69 |
| | | Total | 40 | 4,08 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,69 |

Tabla 2.2.8 Preparación emocional para cuidar a personas enfermas.

| | | | Me siento preparado asistencialmente para cuidar enfermos | | | | | |
|-----------|-----------------|--------|---|-------|---------|--------|--------|------------|
| Comunidad | curso academico | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desv. tip. |
| Cataluña | primero | mujer | 111 | 3,39 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,98 |
| | | hombre | 10 | 2,80 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 1,14 |
| | | Total | 121 | 3,34 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 1,00 |
| | segundo | mujer | 35 | 3,66 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,76 |
| | | hombre | 1 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | , |
| | | Total | 36 | 3,67 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,76 |
| | tercero | mujer | 88 | 3,76 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,76 |
| | | hombre | 8 | 3,88 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,83 |
| | | Total | 96 | 3,77 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,76 |
| Andalucía | primero | mujer | 60 | 2,85 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | ,99 |
| | | hombre | 22 | 3,09 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 1,27 |
| | | Total | 82 | 2,91 | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 1,07 |
| | segundo | mujer | 54 | 3,48 | 3,00 | 2,00 | 5,00 | ,84 |
| | | hombre | 13 | 3,54 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,88 |
| | | Total | 67 | 3,49 | 4,00 | 2,00 | 5,00 | ,84 |
| | tercero | mujer | 27 | 3,70 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,67 |
| | | hombre | 13 | 3,92 | 4,00 | 3,00 | 4,00 | ,28 |
| | | Total | 40 | 3,78 | 4,00 | 3,00 | 5,00 | ,58 |

Tabla 2.2.9 Preparación asistencial para cuidar a personas enfermas.



Gráfica 2.2.1 *Valor promedio por cursos de la preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos.*

Dada la importancia que en nuestra investigación tiene la motivación para cuidar a enfermos terminales, se expone a continuación una síntesis de los resultados referentes a este apartado.

Como se muestra en la Tabla 2.2.10, existen diferencias significativas entre los alumnos que dicen sentirse preparados para cuidar enfermos terminales o enfermos en general ($p < 0.001$). Cerca de 45% de los alumnos se sienten más preparados emocionalmente a la hora de cuidar enfermos en general que enfermos terminales y el 47%, se siente igualmente preparado para ambos tipos de enfermos. Mientras que sólo el 8% restante de los sujetos, se sienten más preparados emocionalmente para cuidar enfermos terminales que para cuidar enfermos en general. Entre comunidades no se observaron diferencias significativas ($p = 0,89$).

| Comunidad | Tipo de enfermos que se siente más preparado emocionalmente para cuidar | | | | | | Total de grupo | |
|----------------|---|--------|---------------------|--------|-----------------|--------|----------------|--------|
| | Enfermos terminales | | Enfermos en general | | Indistintamente | | N | % fila |
| | N | % fila | N | % fila | N | % fila | | |
| Cataluña | 20 | 7,9% | 114 | 44,9% | 120 | 47,2% | 254 | 100,0% |
| Andalucía | 15 | 7,9% | 85 | 44,7% | 90 | 47,4% | 190 | 100,0% |
| Total de grupo | 35 | 7,9% | 199 | 44,8% | 210 | 47,3% | 444 | 100,0% |

Tabla 2.2.10 *Valoración global por comunidad de la preparación **emocional** que percibe el sujeto a la hora de atender a enfermos terminales, enfermos en general o indistintamente.*

Por otro lado, de la Tabla 2.2.11, se desprende que los alumnos que participaron en esta investigación también se sienten más preparados desde un punto de vista **asistencial** para cuidar a enfermos en general que terminales ($p < 0.001$). Cabría decir que la administración del dossier se hizo al inicio del curso académico, aspecto que ha podido influir a la hora de responder ya que los alumnos de primero no tenían ninguna experiencia, los de segundo una mínima experiencia de dos meses de prácticas clínicas y los alumnos de tercero todavía no habían empezado con las prácticas clínicas del curso. Así pues, el porcentaje de preparación asistencial, entre otros aspectos, puede estar condicionado por las pocas prácticas asistenciales realizadas por los alumnos. En cambio, no se apreciaron diferencias significativas entre comunidades ($p = 0.076$), en Cataluña el **7,1%** de los alumnos se sienten preparados mientras que en la comunidad Andaluza el porcentaje es del **4,7%** de los alumnos. Como se ha explicado anteriormente, es importante resaltar que en Cataluña (ver Tabla 2.2.12), el 78% de los alumnos de tercer curso asistieron a la asignatura optativa de iniciación a los cuidados paliativos que se impartía tanto en la Escuela de Enfermería de Vic como en la de Lleida y que el 27% de los alumnos de tercero, hicieron prácticas clínicas en 2.2.13).

| Comunidad | Tipo de enfermos que se siente más preparado asistencialmente para cuidar | | | | | | Total de grupo | |
|----------------|---|--------|---------------------|--------|-----------------|--------|----------------|--------|
| | Enfermos terminales | | Enfermos en general | | Indistintamente | | N | % fila |
| | N | % fila | N | % fila | N | % fila | | |
| Cataluña | 18 | 7,1% | 120 | 47,2% | 116 | 45,7% | 254 | 100,0% |
| Andalucía | 9 | 4,7% | 105 | 55,3% | 76 | 40,0% | 190 | 100,0% |
| Total de grupo | 27 | 6,1% | 225 | 50,7% | 192 | 43,2% | 444 | 100,0% |

Tabla 2.2.11 *Valoración global por comunidad de la preparación **asistencial** que percibe el sujeto a la hora de atender a enfermos terminales, enfermos en general o indistintamente.*

| comunidad Cataluña | | | | ¿has hecho la asignatura de c.paliativos? | | | | Total | |
|--------------------|---------|--------|----|---|----|-------|----|-------|---|
| | | | | si | | no | | N | % |
| | | | | N | % | N | % | | |
| curso | tercero | mujer | 69 | 71,9% | 19 | 19,8% | 88 | 91,7% | |
| | | hombre | 6 | 6,3% | 2 | 2,1% | 8 | 8,3% | |
| | | Total | 75 | 78,1% | 21 | 21,9% | 96 | 100% | |

Tabla 2.2.12 *Alumnos que han participado en la asignatura de cuidados paliativos en la Escuela de Enfermería de Vic y de Lleida.*

| comunidad | | | | ¿has hecho prácticas clínicas con enfermos terminales? | | | | Total | |
|-----------|-------|---------|--------|--|------|----|------|-------|-------|
| | | | | si | | no | | N | % |
| | | | | N | % | N | % | | |
| Cataluña | curso | tercero | mujer | 29 | 26% | 59 | 52% | 88 | 77,9% |
| | | | hombre | 2 | 1,8% | 6 | 5,3% | 8 | 7,1% |
| | | | Total | 31 | 27% | 65 | 58% | 96 | 85,0% |
| Andalucía | curso | segundo | mujer | 12 | 11% | 0 | ,0% | 12 | 10,6% |
| | | | hombre | 5 | 4,4% | 0 | ,0% | 5 | 4,4% |
| | | | Total | 17 | 15% | 0 | ,0% | 17 | 15,0% |

Tabla 2.2.13 *Alumnos que han hecho prácticas clínicas con enfermos terminales.*

- **Importancia de los cuidados al enfermo terminal en la carrera de Enfermería**

Este era un ítem mediante el cual se preguntaba al sujeto que puntuara del uno al diez, la importancia que para él tienen los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería, siendo 1 la mínima importancia y 10 la máxima (Anexo I, pregunta 5). Como se ve reflejado en las Tablas 2.2.14 y 2.2.15, la puntuación dada tanto por comunidad como por sexo fue muy alta, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre comunidades ($p = 0.44$) ni entre sexos ($p = 0.18$). La media de las dos comunidades fue de 8,73. Si se tiene en cuenta que la puntuación máxima era 10, se puede deducir que los alumnos valoran como **muy importante** la atención a los enfermos en fase terminal. Es interesante observar como esta importancia a los cuidados al enfermo terminal ya se refleja en los estudiantes de primero, los cuales sólo hace un mes que han empezado los estudios de Enfermería.

| | | Importancia de los cuidados al enfermo terminal en enfermería | | | | | | |
|-----------|-----------------|---|-------|---------|--------|--------|------------|------|
| Comunidad | curso academico | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desv. típ. | |
| Cataluña | primero | mujer | 110 | 8,48 | 8,00 | ,00 | 10,00 | 1,44 |
| | | hombre | 10 | 7,50 | 8,00 | 2,00 | 10,00 | 2,27 |
| | | Total | 120 | 8,40 | 8,00 | ,00 | 10,00 | 1,54 |
| | segundo | mujer | 36 | 8,83 | 9,00 | 5,00 | 10,00 | 1,30 |
| | | hombre | 1 | 8,00 | 8,00 | 8,00 | 8,00 | , |
| | | Total | 37 | 8,81 | 9,00 | 5,00 | 10,00 | 1,29 |
| | tercero | mujer | 88 | 8,98 | 9,00 | 5,00 | 10,00 | 1,06 |
| | | hombre | 8 | 9,13 | 9,50 | 8,00 | 10,00 | ,99 |
| | | Total | 96 | 8,99 | 9,00 | 5,00 | 10,00 | 1,05 |
| Andalucía | primero | mujer | 60 | 9,07 | 9,00 | 7,00 | 10,00 | ,95 |
| | | hombre | 21 | 8,05 | 8,00 | 3,00 | 10,00 | 2,13 |
| | | Total | 81 | 8,80 | 9,00 | 3,00 | 10,00 | 1,42 |
| | segundo | mujer | 54 | 8,89 | 9,00 | 6,00 | 10,00 | 1,04 |
| | | hombre | 13 | 8,38 | 8,00 | 7,00 | 10,00 | 1,04 |
| | | Total | 67 | 8,79 | 9,00 | 6,00 | 10,00 | 1,05 |
| | tercero | mujer | 27 | 8,96 | 9,00 | 7,00 | 10,00 | 1,09 |
| | | hombre | 13 | 8,38 | 8,00 | 7,00 | 10,00 | ,87 |
| | | Total | 40 | 8,78 | 9,00 | 7,00 | 10,00 | 1,05 |

Tabla 2.2.14 *Importancia de los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería por sexo, comunidad y curso académico.*

| | | import. cuid. enf.term. en enfermería | | | | | |
|-----------|--------|---------------------------------------|-------|---------|--------|--------|-----------------|
| Comunidad | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desviación típ. |
| Cataluña | mujer | 234 | 8,72 | 9,00 | ,00 | 10,00 | 1,31 |
| | hombre | 19 | 8,21 | 8,00 | 2,00 | 10,00 | 1,90 |
| Andalucía | mujer | 141 | 8,98 | 9,00 | 6,00 | 10,00 | 1,01 |
| | hombre | 47 | 8,23 | 8,00 | 3,00 | 10,00 | 1,58 |
| Total | | 441 | 8,73 | 9,00 | ,00 | 10,00 | 1,30 |

Tabla 2.2.15 *Importancia que se otorga a los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería por parte de los alumnos.*

- **Preferencias profesionales al terminar los estudios de Enfermería**

Para averiguar las preferencias laborales una vez concluidos los estudios de la disciplina de Enfermería, se construyó un cuestionario en el que se recogían diez posibles campos de trabajo (Anexo 1, pregunta 6). Al alumno se le preguntaba: *¿hasta qué punto desearías en tu futuro laboral trabajar en las siguientes situaciones?* La respuesta podía ir desde *no me gustaría en absoluto*, con una puntuación de 1, hasta *me gustaría muchísimo*, con

una puntuación de 7. En la Tabla 2.2.16, se muestran los resultados por comunidad en donde de forma estadísticamente significativa, los alumnos de Andalucía tienen más deseo, en comparación con los estudiantes catalanes, de trabajar con enfermos agudos, pediátricos, enfermos terminales geriátricos, enfermos terminales de raza gitana y enfermos de otra raza o cultura. Por otro lado, en la Tabla 2.2.17, se presentan los resultados por sexo, en donde de forma significativa, los hombres tienen más deseo de trabajar con enfermos ingresados en urgencias. Resaltar que la preferencia más valorada es el trabajo con enfermos pediátricos y la menos valorada, es decir, no elegirían como trabajo en su futuro laboral, el trabajo con enfermos terminales de SIDA. También es interesante observar, que trabajar con enfermos terminales es la opción menos deseada tanto por hombres y mujeres como por comunidad. En otras palabras, se prefiere trabajar con enfermos que no estén al final de la vida.

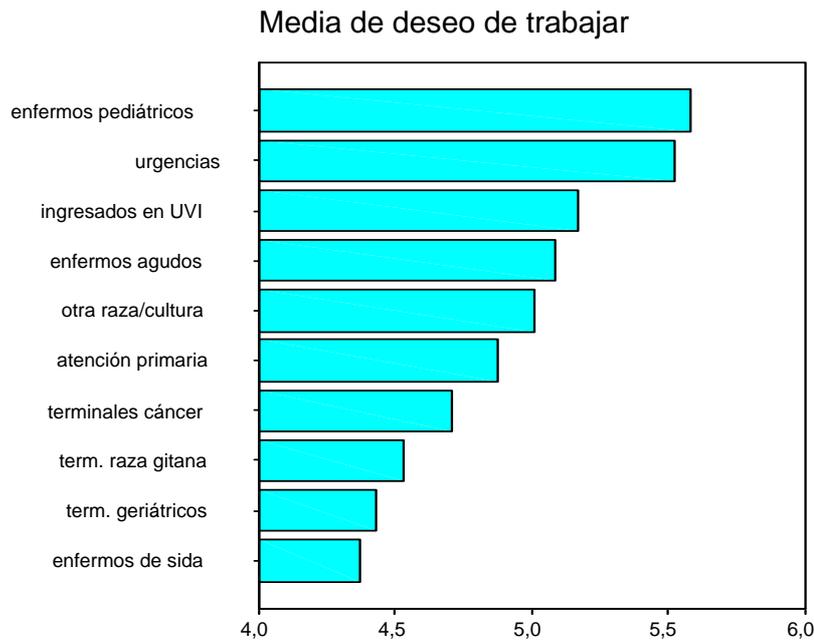
| | Comunidad | N | Media | D. t. | Sig. |
|---------------------------------|-----------|-----|--------|---------|------|
| enfermos agudos | Cataluña | 252 | 4,9722 | 1,24460 | ,03 |
| | Andalucía | 190 | 5,2263 | 1,24567 | |
| enfermos term. cáncer | Cataluña | 253 | 4,6838 | 1,48097 | ,88 |
| | Andalucía | 190 | 4,7053 | 1,47912 | |
| enfermos atención primaria | Cataluña | 253 | 4,7510 | 1,69653 | ,06 |
| | Andalucía | 190 | 5,0579 | 1,73718 | |
| enfermos term. sida | Cataluña | 253 | 4,4190 | 1,56041 | ,41 |
| | Andalucía | 190 | 4,2947 | 1,61588 | |
| enfermos pediátricos | Cataluña | 253 | 5,3202 | 1,79402 | ,00 |
| | Andalucía | 190 | 5,9000 | 1,55516 | |
| enfermos term. geriátricos | Cataluña | 252 | 4,2222 | 1,60373 | ,00 |
| | Andalucía | 190 | 4,6895 | 1,60798 | |
| ingresados en UVI | Cataluña | 253 | 5,0830 | 1,50034 | ,19 |
| | Andalucía | 189 | 5,2751 | 1,55347 | |
| ingresados en urgencias | Cataluña | 252 | 5,4643 | 1,62731 | ,43 |
| | Andalucía | 190 | 5,5842 | 1,49098 | |
| enfermos term. raza gitana | Cataluña | 253 | 4,3399 | 1,38410 | ,00 |
| | Andalucía | 190 | 4,7526 | 1,44635 | |
| enfermos de otra raza o cultura | Cataluña | 253 | 4,7312 | 1,28440 | ,00 |
| | Andalucía | 190 | 5,3789 | 1,21437 | |

Tabla 2.2.16 *Deseo de trabajar en un futuro profesional por comunidad.*

| | sexo | N | Media | D.T. | Sig. |
|---------------------------------|--------|-----|--------|---------|------|
| enfermos agudos | mujer | 375 | 5,0533 | 1,23986 | |
| | hombre | 67 | 5,2388 | 1,30372 | |
| enfermos term. cáncer | mujer | 376 | 4,7420 | 1,48052 | |
| | hombre | 67 | 4,4179 | 1,44756 | |
| enfermos atención primaria | mujer | 376 | 4,8511 | 1,70932 | |
| | hombre | 67 | 5,0597 | 1,77423 | |
| enfermos term. sida | mujer | 376 | 4,3750 | 1,56472 | |
| | hombre | 67 | 4,3134 | 1,69856 | |
| enfermos pediátricos | mujer | 376 | 5,5904 | 1,73661 | |
| | hombre | 67 | 5,4478 | 1,61699 | |
| enfermos term. geriátricos | mujer | 375 | 4,4000 | 1,64496 | |
| | hombre | 67 | 4,5522 | 1,48000 | |
| ingresados en UVI | mujer | 376 | 5,1277 | 1,52829 | |
| | hombre | 66 | 5,3788 | 1,49630 | |
| ingresados en urgencias | mujer | 376 | 5,4521 | 1,57577 | |
| | hombre | 66 | 5,8788 | 1,49373 | |
| enfermos term. raza gitana | mujer | 376 | 4,5000 | 1,40475 | |
| | hombre | 67 | 4,6119 | 1,53697 | |
| enfermos de otra raza o cultura | mujer | 376 | 4,9787 | 1,27941 | |
| | hombre | 67 | 5,1791 | 1,36986 | |

Tabla 2.2.17 *Deseo de trabajar en un futuro profesional por sexo.*

En la Gráfica 2.2.2, se muestra la media de las preferencias profesionales de los alumnos que participaron en esta investigación, ordenadas de mayor a menor preferencia. Como se ha comentado anteriormente, la opción preferida es el trabajo con enfermos pediátricos mientras que el trabajo con enfermos terminales de SIDA es el trabajo menos deseado.



Gráfica 2.2.2 *Media del deseo de trabajar. Del mayor al menor deseo.*

Por otro lado, los deseos de trabajar con enfermos terminales de cáncer, SIDA y geriátricos correlacionan de forma destacada, es decir, a los alumnos que les gustaría trabajar con enfermos terminales, lo harían con cualquiera de ellos independientemente de la enfermedad que padezca el enfermo (Tabla 2.2.18). Cabe resaltar que existen dos ítems que correlacionan negativamente con el resto, son el caso del deseo de trabajar en atención primaria, y en menor medida el deseo de trabajar con enfermos pediátricos. Se observa como las preferencias en estos dos casos implican un menor deseo de trabajar en las demás situaciones.

Correlaciones

| Correlación de Pearson | | deseo trabajar enfermos agudos | deseo trabajar enfermos terminales cáncer | deseo trabajar atención primaria | deseo trabajar enfermos terminales de sida | deseo trabajar enfermos pediátricos | deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | deseo trabajar ingresados en UVI | deseo trabajar ingresados en Urgencias | deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | deseo trabajar enfermos de otra raza o cultura |
|---|-----------|--------------------------------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|--|---|--|
| deseo trabajar enfermos agudos | Sig. N | 1 442 | ,210** 442 | -,003 442 | ,102* 442 | ,151** 442 | ,153** 441 | ,327** 441 | ,345** 441 | ,232** 442 | ,266** 442 |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Sig. N | ,210** 442 | 1 443 | -,264** 443 | ,590** 443 | -,057 443 | ,349** 442 | ,237** 442 | ,110* 442 | ,497** 443 | ,232** 443 |
| deseo trabajar atención primaria | Sig. N | -,003 442 | -,264** 443 | 1 443 | -,165** 443 | ,121* 443 | -,054 442 | -,166** 442 | -,049 442 | -,132** 443 | -,004 443 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Sig. N | ,102* 442 | ,590** 443 | -,165** 443 | 1 443 | -,021 443 | ,341** 442 | ,216** 442 | ,115* 442 | ,533** 443 | ,386** 443 |
| deseo trabajar enfermos pediátricos | Sig. N | ,151** 442 | -,057 443 | ,121* 443 | -,021 443 | 1 443 | ,023 442 | ,111* 442 | ,167** 442 | ,016 443 | ,094* 443 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Sig. N | ,153** 441 | ,349** 442 | -,054 442 | ,341** 442 | ,023 442 | 1 442 | ,141** 441 | ,045 441 | ,440** 442 | ,288** 442 |
| deseo trabajar ingresados en UVI | Sig. N | ,327** 441 | ,237** 442 | -,166** 442 | ,216** 442 | ,111* 442 | ,141** 441 | 1 442 | ,616** 441 | ,195** 442 | ,168** 442 |
| deseo trabajar ingresados en Urgencias | Sig. N | ,345** 441 | ,110* 442 | -,049 442 | ,115* 442 | ,167** 442 | ,045 441 | ,616** 441 | 1 442 | ,126** 442 | ,169** 442 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Sig. N | ,232** 442 | ,497** 443 | -,132** 443 | ,533** 443 | ,016 443 | ,440** 442 | ,195** 442 | ,126** 442 | 1 443 | ,614** 443 |
| deseo trabajar enfermos de otra raza o cultura | Sig. N | ,266** 442 | ,232** 443 | -,004 443 | ,386** 443 | ,094* 443 | ,288** 442 | ,168** 442 | ,169** 442 | ,614** 443 | 1 443 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 2.2.18 *Correlaciones entre los 10 ítems que analizaban el deseo de trabajar en el futuro profesional.*

Las Tablas 2.2.19 y 2.2.20, ilustran las diferencias que presentan las respuestas de los alumnos por curso. Como se puede observar, los alumnos de primero, prefieren trabajar en mayor medida que los de tercero, en su futuro laboral, con enfermos agudos, de cáncer, geriátricos, pediátricos y enfermos ingresados en una unidad de vigilancia intensiva. Estas diferencias son estadísticamente significativas. Mientras que los alumnos de tercero prefieren en mayor medida que los de primero, trabajar con enfermos en atención primaria.

Deseos de trabajar en un futuro laboral en primer y tercer curso

| | curso academico | N | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|---|-----------------|-----|--------|-----------------|------------------------|
| deseo trabajar enfermos agudos | primero | 202 | 5,2475 | 1,26102 | ,08872 |
| | tercero | 136 | 4,8456 | 1,23456 | ,10586 |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | primero | 202 | 4,7871 | 1,43490 | ,10096 |
| | tercero | 136 | 4,3971 | 1,49210 | ,12795 |
| deseo trabajar en atención primaria | primero | 202 | 4,6139 | 1,77024 | ,12455 |
| | tercero | 136 | 5,2868 | 1,64163 | ,14077 |
| enfermos de sida | primero | 202 | 4,4950 | 1,57483 | ,11080 |
| | tercero | 136 | 4,1912 | 1,53244 | ,13141 |
| enfermos pediátricos | primero | 202 | 5,9208 | 1,50742 | ,10606 |
| | tercero | 136 | 5,0294 | 1,96239 | ,16827 |
| terminales geriátricos | primero | 202 | 4,2970 | 1,60251 | ,11275 |
| | tercero | 135 | 4,3407 | 1,64889 | ,14191 |
| ingresados en UVI | primero | 201 | 5,2637 | 1,47483 | ,10403 |
| | tercero | 136 | 4,8824 | 1,54947 | ,13287 |
| ingresados en Urgencias | primero | 201 | 5,4726 | 1,58445 | ,11176 |
| | tercero | 136 | 5,3309 | 1,72586 | ,14799 |
| terminales de raza gitana | primero | 202 | 4,5446 | 1,40380 | ,09877 |
| | tercero | 136 | 4,3015 | 1,40011 | ,12006 |
| de otra raza o cultura | primero | 202 | 5,0396 | 1,33025 | ,09360 |
| | tercero | 136 | 4,8015 | 1,28132 | ,10987 |

Tabla 2.2.19 *Deseo de trabajar en un futuro laboral por cursos.*

| | | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | Prueba T para la igualdad de medias | | | |
|---|---|--|------|-------------------------------------|------------------|---|--------------------|
| | | F | Sig. | t | Sig. (bilateral) | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
| | | | | | | Inferior | Superior |
| deseo trabajar enfermos agudos | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | ,430 | ,512 | 2,898 2,910 | ,004 ,004 | ,12910 ,13009 | ,67477 ,67378 |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | ,344 | ,558 | 2,412 2,393 | ,016 ,017 | ,07192 ,06925 | ,70822 ,71089 |
| deseo trabajar atención primaria | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | 1,451 | ,229 | -3,528 -3,580 | ,000 ,000 | -1,04812 -1,04277 | -,29768 -,30303 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | ,691 | ,406 | 1,758 1,768 | ,080 ,078 | -,03605 -,03441 | ,64379 ,64215 |
| deseo trabajar enfermos pediátricos | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | 18,245 | ,000 | 4,714 4,481 | ,000 ,000 | ,51940 ,49953 | 1,26336 1,28323 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | ,234 | ,629 | -,243 -,241 | ,809 ,810 | -,39823 -,40049 | ,31080 ,31307 |
| deseo trabajar ingresados en UVI | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | 1,066 | ,303 | 2,281 2,260 | ,023 ,025 | ,05255 ,04916 | ,71011 ,71350 |
| deseo trabajar ingresados en Urgencias | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | 1,229 | ,268 | ,777 ,764 | ,438 ,445 | -,21707 -,22334 | ,50058 ,50685 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | ,344 | ,558 | 1,563 1,564 | ,119 ,119 | -,06288 -,06290 | ,54905 ,54907 |
| deseo trabajar enfermos de otra raza o cultura | Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales | 1,158 | ,283 | 1,638 1,650 | ,102 ,100 | -,04787 -,04591 | ,52413 ,52218 |

Tabla 2.2.20 *Análisis estadístico entre alumnos de primero y tercero en relación al deseo de trabajar en un futuro profesional.*

*En enfermos pediátricos se ha calculado el estadístico para varianzas no homogéneas.

- **Cuestionario sobre ansiedad**

Dentro de los aspectos psicosociales que pueden incidir en el cuidado al enfermo al final de su vida, y teniendo cuenta que el proceso de morir genera todo tipo de emociones, la ansiedad podría ser un elemento que dificultara el trabajo e incluso disminuyera el interés o la motivación para trabajar con enfermos al final de su vida. En el presente estudio, se ha analizado la ansiedad correlacionándola con variables que pueden incidir en el deseo de

trabajar con enfermos terminales por parte de los estudiantes de Enfermería. Para ello hemos utilizado el cuestionario STAI descrito en el apartado de *Instrumentos*.

En la Tabla 2.2.21, se muestran los resultados de la **ansiedad estado** por género, curso y comunidad. Cabe resaltar que la media de ansiedad estado es muy baja si se tiene en cuenta que la puntuación máxima podía ser de 60, y la media del STAI es de 22,22 puntos para edades comprendidas entre 13-59. Como puede observarse en la Tabla 2.2.22, no se observan diferencias entre sexos en cuanto a **ansiedad estado**.

Variable dependiente: Ansiedad estado

| Comunidad | curso academico | sexo | Media | Desv. típ. | N |
|-----------|-----------------|--------|---------|------------|-----|
| Cataluña | primero | mujer | 18,1577 | 10,12557 | 111 |
| | | hombre | 18,5000 | 10,86534 | 10 |
| | | Total | 18,1860 | 10,14132 | 121 |
| | segundo | mujer | 16,5139 | 8,61103 | 36 |
| | | hombre | 7,0000 | . | 1 |
| | | Total | 16,2568 | 8,63345 | 37 |
| | tercero | mujer | 18,4716 | 10,29182 | 88 |
| | | hombre | 21,3750 | 12,24672 | 8 |
| | | Total | 18,7135 | 10,42612 | 96 |
| | Total | mujer | 18,0234 | 9,95505 | 235 |
| | | hombre | 19,1053 | 11,31319 | 19 |
| | | Total | 18,1043 | 10,04230 | 254 |
| Andalucía | primero | mujer | 16,7167 | 8,97707 | 60 |
| | | hombre | 20,3636 | 10,63930 | 22 |
| | | Total | 17,6951 | 9,52312 | 82 |
| | segundo | mujer | 16,9364 | 8,44813 | 55 |
| | | hombre | 16,6923 | 9,04051 | 13 |
| | | Total | 16,8897 | 8,49532 | 68 |
| | tercero | mujer | 17,8519 | 9,57844 | 27 |
| | | hombre | 16,6154 | 10,01281 | 13 |
| | | Total | 17,4500 | 9,61022 | 40 |
| | Total | mujer | 17,0176 | 8,84007 | 142 |
| | | hombre | 18,3542 | 10,02654 | 48 |
| | | Total | 17,3553 | 9,14544 | 190 |
| Total | primero | mujer | 17,6520 | 9,73579 | 171 |
| | | hombre | 19,7812 | 10,57000 | 32 |
| | | Total | 17,9877 | 9,87527 | 203 |
| | segundo | mujer | 16,7692 | 8,46769 | 91 |
| | | hombre | 16,0000 | 9,06388 | 14 |
| | | Total | 16,6667 | 8,50810 | 105 |
| | tercero | mujer | 18,3261 | 10,09104 | 115 |
| | | hombre | 18,4286 | 10,87461 | 21 |
| | | Total | 18,3419 | 10,17399 | 136 |
| | Total | mujer | 17,6446 | 9,55087 | 377 |
| | | hombre | 18,5672 | 10,32535 | 67 |
| | | Total | 17,7838 | 9,66519 | 444 |

Tabla 2.2.21 *Análisis de la ansiedad estado por género, curso y comunidad.*

| | la igualdad de varianzas | Prueba T para la igualdad de medias | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|------------------|---|----------|
| | Sig. | t | Sig. (bilateral) | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
| | | | | Inferior | Superior |
| Ansiedad estado Se han asumido varianzas iguales | ,211 | -,720 | ,472 | -3,44242 | 1,59722 |

Tabla 2.2.22 *Comparación de los niveles de ansiedad estado en función del sexo.*

Como se puede observar en la Tabla 2.2.23, la puntuación media de la **ansiedad rasgo** está dentro de la media del STAI que es de 22,77 puntos para edades comprendidas entre 13 y 59 años. En otras palabras, los alumnos presentan un nivel medio de ansiedad rasgo. No obstante, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, es decir, las mujeres presentan una ansiedad rasgo superior a la de los hombres (Tabla 2.2.24).

Variable dependiente: Ansiedad rasgo

| Comunidad | curso academico | sexo | Media | Desv. típ. | N |
|-----------|-----------------|--------|---------|------------|-----|
| Cataluña | primero | mujer | 22,3153 | 9,10742 | 111 |
| | | hombre | 15,9000 | 7,38542 | 10 |
| | | Total | 21,7851 | 9,12525 | 121 |
| | segundo | mujer | 19,5278 | 8,89458 | 36 |
| | | hombre | 15,0000 | . | 1 |
| | | Total | 19,4054 | 8,80170 | 37 |
| | tercero | mujer | 21,8011 | 9,21784 | 88 |
| | | hombre | 24,1250 | 11,53179 | 8 |
| | | Total | 21,9948 | 9,38237 | 96 |
| | Total | mujer | 21,6957 | 9,12824 | 235 |
| | | hombre | 19,3158 | 9,83787 | 19 |
| | | Total | 21,5177 | 9,18404 | 254 |
| Andalucía | primero | mujer | 20,9250 | 9,23554 | 60 |
| | | hombre | 17,1591 | 8,60701 | 22 |
| | | Total | 19,9146 | 9,17350 | 82 |
| | segundo | mujer | 21,4727 | 10,01361 | 55 |
| | | hombre | 15,7308 | 6,74109 | 13 |
| | | Total | 20,3750 | 9,70204 | 68 |
| | tercero | mujer | 19,8333 | 9,40642 | 27 |
| | | hombre | 19,8846 | 8,70860 | 13 |
| | | Total | 19,8500 | 9,07321 | 40 |
| | Total | mujer | 20,9296 | 9,52648 | 142 |
| | | hombre | 17,5104 | 8,15833 | 48 |
| | | Total | 20,0658 | 9,29924 | 190 |
| Total | primero | mujer | 21,8275 | 9,14963 | 171 |
| | | hombre | 16,7656 | 8,14682 | 32 |
| | | Total | 21,0296 | 9,16834 | 203 |
| | segundo | mujer | 20,7033 | 9,58354 | 91 |
| | | hombre | 15,6786 | 6,47957 | 14 |
| | | Total | 20,0333 | 9,36346 | 105 |
| | tercero | mujer | 21,3391 | 9,25884 | 115 |
| | | hombre | 21,5000 | 9,82344 | 21 |
| | | Total | 21,3640 | 9,31078 | 136 |
| | Total | mujer | 21,4072 | 9,27509 | 377 |
| | | hombre | 18,0224 | 8,62933 | 67 |
| | | Total | 20,8964 | 9,25104 | 444 |

Tabla 2.2.23 *Análisis de la ansiedad rasgo por comunidad, sexo y curso académico.*

| Prueba de muestras independientes | | | | | |
|-----------------------------------|------|-------|-------------------------------------|---|----------|
| Prueba de igualdad de varianzas | Sig. | t | Prueba T para la igualdad de medias | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
| | | | | Inferior | Superior |
| Ansiedad rasgo | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | ,559 | 2,781 | ,006 | ,99235 | 5,77720 |

Tabla 2.2.24 *Comparación de los niveles de ansiedad rasgo en función del sexo.*

Puesto que el trabajar con enfermos en situación de enfermedad avanzada y terminal puede generar ansiedad, entre otras emociones, nos preguntamos si existía una posible

relación entre la ansiedad rasgo y el deseo de trabajar con enfermos terminales. Para ello se crearon dos grupos de sujetos, los que no llegaban al percentil 25 de ansiedad rasgo y los que superaban el percentil 75. Como se muestra en la Tabla 2.2.25, los alumnos que presentan ansiedad rasgo alta, muestran valores superiores de deseo de trabajar con enfermos pediátricos y enfermos en Atención Primaria. Recordemos que tal como se ha comentado anteriormente, estos 2 ítems correlacionan negativamente con el resto. En el otro extremo, los alumnos que presentan ansiedad rasgo baja, muestran un deseo de trabajar con enfermos terminales. En otras palabras, *a más ansiedad rasgo, menos deseo de trabajar con enfermos al final de la vida*.

Sin embargo el análisis estadístico (Tabla 2.2.26), sólo ha mostrado diferencias significativas al analizar el deseo de trabajar con enfermos ingresados en UVI. Los del grupo baja ansiedad rasgo muestran un deseo superior de trabajar en esta situación.

| | Ansiedad rasgo | N | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|---|----------------|-----|--------|-----------------|------------------------|
| deseo trabajar enfermos agudos | >=p25 | 114 | 5,2368 | 1,19958 | ,11235 |
| | >=p75 | 113 | 4,9204 | 1,39605 | ,13133 |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | >=p25 | 114 | 4,8333 | 1,53379 | ,14365 |
| | >=p75 | 113 | 4,4513 | 1,58109 | ,14874 |
| deseo trabajar atención primaria | >=p25 | 114 | 4,8070 | 1,63954 | ,15356 |
| | >=p75 | 113 | 4,9646 | 1,71615 | ,16144 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | >=p25 | 114 | 4,5088 | 1,65762 | ,15525 |
| | >=p75 | 113 | 4,3451 | 1,59670 | ,15021 |
| deseo trabajar enfermos pediátricos | >=p25 | 114 | 5,5175 | 1,61975 | ,15170 |
| | >=p75 | 113 | 5,5575 | 1,85616 | ,17461 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | >=p25 | 114 | 4,4825 | 1,78604 | ,16728 |
| | >=p75 | 112 | 4,4643 | 1,49430 | ,14120 |
| deseo trabajar ingresados en UVI | >=p25 | 114 | 5,4561 | 1,42754 | ,13370 |
| | >=p75 | 113 | 4,9823 | 1,68492 | ,15850 |
| deseo trabajar ingresados en Urgencias | >=p25 | 113 | 5,6726 | 1,46045 | ,13739 |
| | >=p75 | 113 | 5,4690 | 1,74781 | ,16442 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | >=p25 | 114 | 4,6316 | 1,47104 | ,13778 |
| | >=p75 | 113 | 4,2920 | 1,44964 | ,13637 |
| deseo trabajar enfermos de otra raza o cultura | >=p25 | 114 | 4,9737 | 1,36622 | ,12796 |
| | >=p75 | 113 | 4,8142 | 1,31304 | ,12352 |

Tabla 2.2.25 Estadísticos descriptivos del deseo de trabajar en función de la ansiedad rasgo.

| | | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | Prueba T para la igualdad de medias | | | |
|---|-------------------------------------|--|------|-------------------------------------|------------------|---|----------|
| | | F | Sig. | t | Sig. (bilateral) | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
| | | | | | | Inferior | Superior |
| deseo trabajar enfermos agudos | Se han asumido varianzas iguales | 1,442 | ,231 | 1,832 | ,068 | -,02386 | ,65683 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | 1,831 | | | |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Se han asumido varianzas iguales | ,097 | ,756 | 1,848 | ,066 | -,02542 | ,78943 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | 1,847 | | | |
| deseo trabajar atención primaria | Se han asumido varianzas iguales | ,324 | ,570 | -,707 | ,480 | -,59655 | ,28138 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | -,707 | | | |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Se han asumido varianzas iguales | ,509 | ,476 | ,757 | ,450 | -,26211 | ,58939 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | ,758 | | | |
| deseo trabajar enfermos pediátricos | Se han asumido varianzas iguales | 1,677 | ,197 | -,173 | ,863 | -,49551 | ,41556 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | -,173 | | | |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Se han asumido varianzas iguales | 4,169 | ,042 | ,083 | ,934 | -,41388 | ,45022 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | ,083 | | | |
| deseo trabajar ingresados en UVI | Se han asumido varianzas iguales | 2,758 | ,098 | 2,287 | ,023 | ,06551 | ,88217 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | 2,285 | | | |
| deseo trabajar ingresados en Urgencias | Se han asumido varianzas iguales | 4,445 | ,036 | ,950 | ,343 | -,21869 | ,62577 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | ,950 | | | |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Se han asumido varianzas iguales | 1,176 | ,279 | 1,751 | ,081 | -,04248 | ,72157 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | 1,752 | | | |
| deseo trabajar enfermos de otra raza o cultura | Se han asumido varianzas iguales | ,076 | ,784 | ,897 | ,371 | -,19100 | ,51005 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | ,897 | | | |

 Tabla 2.2.26 *Análisis estadístico deseo de trabajar en función del grupo de ansiedad rasgo.*

- **Cuestionario sobre creencias sociales y vivencias relacionadas con la muerte**

Es un cuestionario construido “ad hoc” con quince ítems relacionados con creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte. Al sujeto se le pedía que valorase de 1 a 7 su nivel de acuerdo-desacuerdo con las afirmaciones que aparecían a continuación. La puntuación iba desde un 1, si estaba *totalmente en desacuerdo*, hasta 7, si estaba *totalmente de acuerdo* (Anexo I, pregunta 8). En la Tabla 2.2.27, se muestran los resultados por sexo. Cabe

destacar, que de forma estadísticamente significativa, las mujeres presentan un nivel más elevado de creencias en lo referente a **tener miedo a los muertos, tener miedo a la muerte y creer en el mal de ojo**. Por otro lado, las creencias que presentan una media más elevada son las que corresponden a los siguientes ítems: *quiero la incineración* con una media de 4,96, *honrar la memoria de los muertos* con una media de 4,43, *el llevar luto es por lo que dirán*, 4,36, *tengo miedo a la muerte* 4,34, *creer en una vida después de la muerte*, 4,23, y *cuando una persona muere su espíritu no desaparece* con una media de 4,14.

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|--------|-----|--------|--------------------|------|
| Es peligroso hablar mal de los muertos | mujer | 377 | 2,8939 | 1,68358 | ,360 |
| | hombre | 67 | 2,6866 | 1,75127 | |
| Cuando la persona muere su espíritu no desaparece | mujer | 374 | 4,2086 | 1,72331 | ,150 |
| | hombre | 67 | 3,8209 | 2,02952 | |
| Es importante honrar la memoria de los muertos | mujer | 377 | 4,4297 | 1,47351 | ,950 |
| | hombre | 67 | 4,4179 | 1,76797 | |
| Tengo miedo a los muertos | mujer | 376 | 2,7686 | 1,83512 | ,002 |
| | hombre | 67 | 2,0896 | 1,57376 | |
| Llevar luto es la mejor forma de mostrar el amor | mujer | 377 | 1,4191 | 1,00502 | ,280 |
| | hombre | 66 | 1,5909 | 1,22760 | |
| Tengo miedo a la muerte | mujer | 377 | 4,4615 | 2,00511 | ,006 |
| | hombre | 66 | 3,6212 | 2,28551 | |
| Creo en el mal de ojo | mujer | 375 | 2,7867 | 1,83761 | ,004 |
| | hombre | 67 | 2,1194 | 1,66535 | |
| Creo en una vida después muerte | mujer | 374 | 4,2647 | 1,92123 | ,390 |
| | hombre | 67 | 4,0448 | 2,18419 | |
| Soy persona con creencias religiosas | mujer | 377 | 4,0690 | 2,08350 | ,250 |
| | hombre | 67 | 3,7164 | 2,35363 | |
| Todo se acaba con la muerte | mujer | 376 | 3,0984 | 1,83547 | ,860 |
| | hombre | 67 | 3,1493 | 2,21738 | |
| El luto es por el que dirán | mujer | 377 | 4,3767 | 2,25650 | ,680 |
| | hombre | 67 | 4,2537 | 2,23839 | |
| Creo en la reencarnación | mujer | 376 | 3,0452 | 1,80977 | ,150 |
| | hombre | 66 | 2,6970 | 1,77131 | |
| Pongo en práctica mis creencias religiosas | mujer | 376 | 2,8856 | 1,78742 | ,930 |
| | hombre | 67 | 2,8657 | 2,10983 | |
| Quiero la incineración | mujer | 373 | 4,9383 | 2,21528 | ,680 |
| | hombre | 67 | 5,0597 | 2,28884 | |
| Quiero el entierro | mujer | 372 | 3,3011 | 2,14958 | ,051 |
| | hombre | 67 | 2,7463 | 2,04008 | |

Tabla 2.2.27 Creencias sociales sobre la muerte y el morir por género.

En la Tabla 2.2.28, se muestra que de forma estadísticamente significativa, los alumno de la comunidad andaluza presentan un nivel más elevado en creer que *cuando una persona*

muere su espíritu no desaparece, en *creer en una vida después de la muerte*, en *ser persona con creencias religiosas* y en *poner en práctica sus creencias religiosas*. En cambio, los alumnos de la comunidad catalana, presentan de forma estadísticamente significativa, mayor creencia en pensar que *todo se acaba con la muerte* y en *preferir el entierro*.

| | Comunidad | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|-----------|-----|--------|-----------------|------|
| Es peligroso hablar mal de los muertos | Cataluña | 254 | 2,9409 | 1,68710 | ,260 |
| | Andalucía | 190 | 2,7579 | 1,70102 | |
| Cuando la persona muere su espíritu no desaparece | Cataluña | 252 | 3,9563 | 1,71299 | ,008 |
| | Andalucía | 189 | 4,4074 | 1,83005 | |
| Es importante honrar la memoria de los muertos | Cataluña | 254 | 4,3110 | 1,51205 | ,061 |
| | Andalucía | 190 | 4,5842 | 1,51911 | |
| Tengo miedo a los muertos | Cataluña | 253 | 2,7312 | 1,85563 | ,382 |
| | Andalucía | 190 | 2,5789 | 1,75529 | |
| Llevar luto es la mejor forma de mostrar el amor | Cataluña | 254 | 1,5118 | 1,09159 | ,116 |
| | Andalucía | 189 | 1,3545 | ,96549 | |
| Tengo miedo a la muerte | Cataluña | 254 | 4,4843 | 2,11473 | ,078 |
| | Andalucía | 189 | 4,1376 | 1,99257 | |
| Creo en el mal de ojo | Cataluña | 252 | 2,6825 | 1,81253 | ,969 |
| | Andalucía | 190 | 2,6895 | 1,84975 | |
| Creo en una vida después muerte | Cataluña | 252 | 3,9286 | 1,94415 | ,001 |
| | Andalucía | 189 | 4,6349 | 1,91829 | |
| Soy persona con creencias religiosas | Cataluña | 254 | 3,5276 | 2,01507 | ,001 |
| | Andalucía | 190 | 4,6684 | 2,10330 | |
| Todo se acaba con la muerte | Cataluña | 254 | 3,3780 | 1,93748 | ,001 |
| | Andalucía | 189 | 2,7407 | 1,77796 | |
| El luto es por el que dirán | Cataluña | 254 | 4,2205 | 2,24722 | ,137 |
| | Andalucía | 190 | 4,5421 | 2,25041 | |
| Creo en la reencarnación | Cataluña | 253 | 2,9605 | 1,81441 | ,660 |
| | Andalucía | 189 | 3,0370 | 1,79944 | |
| Pongo en práctica mis creencias religiosas | Cataluña | 253 | 2,5059 | 1,70112 | ,001 |
| | Andalucía | 190 | 3,3842 | 1,89535 | |
| Quiero la incineración | Cataluña | 251 | 4,9004 | 2,17118 | ,540 |
| | Andalucía | 189 | 5,0317 | 2,29686 | |
| Quiero el entierro | Cataluña | 251 | 3,3944 | 2,12033 | ,044 |
| | Andalucía | 188 | 2,9787 | 2,14939 | |

Tabla 2.2.28 *Creencias sociales sobre la muerte y el morir por comunidad.*

- **Evaluación del deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de cuidados paliativos**

Se utilizó una escala análogo-visual para valorar el deseo de hacer prácticas clínicas en una unidad o servicio de atención al enfermo terminal. Como se observa en la Tabla 2.2.29, la media entre mujeres, 6,69 y la de los hombres, 6,60 es muy parecida. Siendo 10 la máxima

puntuación, se puede deducir que el deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de enfermos terminales es medio-alto.

Las Tablas 2.2.30 y 2.2.31, recogen los resultados sobre el deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales por comunidad y curso respectivamente. Los resultados son muy parecidos a los expuestos por género. Es decir, tanto en Cataluña como en Andalucía existe un deseo bastante importante de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales.

Hechos los análisis estadísticos no existen diferencias significativas entre sexos, comunidades y curso académico.

Estadísticos de grupo

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------|-----|--------|-----------------|------|
| Me gustaría hacer prácticas clínicas con enfermos terminales | mujer | 359 | 6,6908 | 2,45898 | ,793 |
| | hombre | 63 | 6,6032 | 2,32476 | |

Tabla 2.2.29 *Deseo de hacer prácticas con enfermos terminales por género.*

Estadísticos de grupo

| | Comunidad | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|-----------|-----|--------|-----------------|------|
| Me gustaría hacer prácticas clínicas con enfermos terminales | Cataluña | 239 | 6,6904 | 2,34529 | ,903 |
| | Andalucía | 183 | 6,6612 | 2,55811 | |

Tabla 2.2.30 *Deseo de hacer prácticas clínicas por comunidad.*

Me gustaría hacer prácticas clínicas con enfermos terminales

| | N | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Sig. |
|---------|-----|--------|-------------------|--------------|---|-----------------|------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | |
| primero | 197 | 6,4416 | 2,51382 | ,17910 | 6,0884 | 6,7948 | ,14 |
| segundo | 101 | 7,0099 | 2,47990 | ,24676 | 6,5203 | 7,4995 | |
| tercero | 124 | 6,7823 | 2,25078 | ,20213 | 6,3822 | 7,1824 | |
| Total | 422 | 6,6777 | 2,43693 | ,11863 | 6,4445 | 6,9109 | |

Tabla 2.2.31 *Deseo de hacer prácticas clínicas por curso.*

Se realizó un análisis estadístico entre las creencias sociales sobre la muerte y el morir y el deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales. Nos interesaba averiguar si alguna creencia podía interferir en el deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos moribundos. Aunque la correlación entre *creer que es importante honrar la memoria de los*

muertos y tener miedo a los muertos con el deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales es significativa (ver Tabla 2.2.32), el modelo de regresión lineal mediante la opción de pasos hacia delante sólo ha seleccionado el tener miedo a los muertos. Resultando una asociación negativa, es decir, **tener miedo a los muertos** es determinante en el hecho de **no desear hacer prácticas clínicas con enfermos**. Ver Tabla 2.2.33.

| Correlación de Pearson | | Me gustaría hacer prácticas clínicas con enfermos terminales |
|--|--------------------------|--|
| Es peligroso hablar mal de los muertos | Correlación Sig. N | -,041 ,404 422 |
| Cuando la persona muere su espíritu no desaparece | Correlación Sig. N | ,093 ,056 420 |
| Es importante honrar la memoria de los muertos | Correlación Sig. N | ,123* ,011 422 |
| Tengo miedo a los muertos | Correlación Sig. N | -,153** ,002 421 |
| Llevar luto es la mejor forma de mostrar el amor | Correlación Sig. N | -,080 ,101 421 |
| Tengo miedo a la muerte | Correlación Sig. N | -,092 ,060 421 |
| Creo en el mal de ojo | Correlación Sig. N | -,068 ,161 421 |
| Creo en una vida después muerte | Correlación Sig. N | ,051 ,297 419 |
| Soy persona con creencias religiosas | Correlación Sig. N | -,049 ,311 422 |
| Todo se acaba con la muerte | Correlación Sig. N | -,049 ,319 421 |
| El luto es por el que dirán | Correlación Sig. N | ,024 ,628 422 |
| Creo en la reencarnación | Correlación Sig. N | ,038 ,442 420 |
| Pongo en práctica mis creencias religiosas | Correlación Sig. N | ,034 ,485 422 |
| Quiero la incineración | Correlación Sig. N | ,042 ,391 420 |
| Quiero el entierro | Correlación Sig. N | -,089 ,069 418 |
| Me gustaría hacer prácticas clínicas con enfermos terminales | Correlación N | 1 422 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 2.2.32 *Correlación entre deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales y creencias sociales.*

Coefficientes^a

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|--------|---------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|------|
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 7,234 | ,211 | | 34,336 | ,000 |
| | tengo miedo a los muertos | -,213 | ,066 | -,158 | -3,239 | ,001 |

a. Variable dependiente: me gustaría hacer prácticas clínicas con enfermos terminales

Tabla 2.2.33 *Análisis de regresión entre creencias sociales y el deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales.*

- **Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen**

Para evaluar el nivel de afrontamiento de la muerte o Competencia Percibida, se utilizó la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (1980-1981), descartando aquellos ítems que se consideró que no eran apropiados para los objetivos de la presente investigación. La escala original de Competencia Percibida de Afrontamiento de la Muerte de Bugen consta de 30 ítems, de los cuales escogimos sólo doce. Se ha calculado el valor de fiabilidad de esta escala resultando una Alfa de Cronbach de 0,801. A los sujetos se les pedía que valoraran del 1 al 7 su nivel de acuerdo-desacuerdo en las afirmaciones que se exponían a continuación, siendo 1, el *total desacuerdo* y 7, el *total acuerdo* con la afirmación expuesta.

Como ilustra la Tabla 2.2.34, los hombres de forma estadísticamente significativa, presentan una mayor Competencia Percibida Frente a la Muerte en los siguientes aspectos: *ser capaz de afrontar pérdidas futuras, ser capaz de manejar muertes de seres cercanos, saber escuchar a los demás, poder ayudar a elaborar sobre la muerte y poder comunicarse con un enfermo moribundo.*

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------|-----|--------|--------------------|------|
| Preparado proceso morir | mujer | 376 | 3,2420 | 1,84244 | ,093 |
| | hombre | 67 | 3,6567 | 1,94276 | |
| Preparado para afrontar mi muerte | mujer | 376 | 3,1569 | 1,88166 | ,116 |
| | hombre | 67 | 3,5522 | 1,97164 | |
| Puedo expresar mis miedos | mujer | 375 | 5,0347 | 1,52392 | ,530 |
| | hombre | 67 | 4,8806 | 1,89515 | |
| Puedo hablar de la muerte de amigos/familia | mujer | 375 | 4,5227 | 1,91082 | ,325 |
| | hombre | 67 | 4,7761 | 2,09488 | |
| Soy capaz de afrontar pérdidas futuras | mujer | 374 | 3,2139 | 1,68489 | ,001 |
| | hombre | 67 | 4,0149 | 1,91875 | |
| Soy capaz de manejar muerte de seres | mujer | 375 | 3,1147 | 1,67880 | ,002 |
| | hombre | 67 | 3,8358 | 1,87969 | |
| Se escuchar a los demás | mujer | 376 | 5,2527 | 1,38852 | ,049 |
| | hombre | 67 | 5,6119 | 1,26677 | |
| Se como hablar con los niños de muerte | mujer | 374 | 3,7487 | 1,70818 | ,481 |
| | hombre | 67 | 3,9104 | 1,84827 | |
| Puedo pasar tiempo con enfermos terminales | mujer | 374 | 4,5775 | 1,56130 | ,071 |
| | hombre | 67 | 4,9552 | 1,64623 | |
| Puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | mujer | 375 | 3,8800 | 1,44378 | ,021 |
| | hombre | 66 | 4,3333 | 1,57219 | |
| Puedo comunicarme con enfermo moribundo | mujer | 375 | 4,7467 | 1,44501 | ,007 |
| | hombre | 67 | 5,2687 | 1,48306 | |

Tabla 2.2.34 *Afrontamiento de la muerte por género.*

En relación a la Competencia Percibida Frente a la Muerte por comunidades se puede observar en la Tabla 2.2.35, que los alumnos de la comunidad andaluza, presenta diferencias estadísticamente significativas en los siguientes aspectos: *poder hablar de la muerte con familia y amigos, ser capaces de afrontar pérdidas futuras, saber escuchar a los demás, saber hablar con los niños de la muerte, ser capaces de pasar tiempo con enfermos terminales, poder ayudar a elaborar sobre la muerte y poder comunicarse con un enfermo al final de la vida.*

Estadísticos de grupo

| | Comunidad | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|-----------|-----|--------|--------------------|------|
| Preparado proceso morir | Cataluña | 253 | 3,2095 | 1,89810 | ,214 |
| | Andalucía | 190 | 3,4316 | 1,80916 | |
| Preparado para afrontar mi muerte | Cataluña | 253 | 3,1383 | 1,95196 | ,317 |
| | Andalucía | 190 | 3,3211 | 1,82490 | |
| Puedo expresar mis miedos | Cataluña | 253 | 5,0000 | 1,60604 | ,862 |
| | Andalucía | 189 | 5,0265 | 1,55889 | |
| Puedo hablar de la muerte de amigos/familia | Cataluña | 252 | 4,4008 | 1,99054 | ,045 |
| | Andalucía | 190 | 4,7737 | 1,85345 | |
| Soy capaz de afrontar pérdidas futuras | Cataluña | 252 | 3,1667 | 1,65681 | ,019 |
| | Andalucía | 189 | 3,5608 | 1,83429 | |
| Soy capaz de manejar muerte de seres | Cataluña | 253 | 3,1028 | 1,60521 | ,095 |
| | Andalucía | 189 | 3,3862 | 1,87197 | |
| Se escuchar a los demás | Cataluña | 253 | 5,1028 | 1,41888 | ,001 |
| | Andalucía | 190 | 5,5789 | 1,26891 | |
| Se como hablar con los niños de muerte | Cataluña | 251 | 3,5100 | 1,63796 | ,001 |
| | Andalucía | 190 | 4,1211 | 1,78799 | |
| Puedo pasar tiempo con enfermos terminales | Cataluña | 251 | 4,4821 | 1,61328 | ,019 |
| | Andalucía | 190 | 4,8368 | 1,51176 | |
| Puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | Cataluña | 253 | 3,8024 | 1,44216 | ,016 |
| | Andalucía | 188 | 4,1436 | 1,48993 | |
| Puedo comunicarme con enfermo moribundo | Cataluña | 252 | 4,6270 | 1,45987 | ,001 |
| | Andalucía | 190 | 5,0895 | 1,42443 | |

Tabla 2.2.35 *Afrontamiento de la muerte por comunidad.*

La Tabla 2.2.36, muestra la puntuación de la Competencia Percibida Total. Cabe destacar que la media de los alumnos de la comunidad andaluza es superior que la de los alumnos catalanes. El análisis estadístico que se refleja en la Tabla 11.36, muestra que los alumnos de Andalucía son significativamente más competentes ($p=0.001$). Pero en cambio, las diferencias entre sexos no resultan significativas ($p=0.061$), ya que sólo se dan en la comunidad de Andalucía (Ver Tabla 2.2.37).

Variable dependiente: Competencia percibida total

| sexo | Comunidad | Media | Desv. típ. | N |
|--------|-----------|---------|------------|-----|
| mujer | Cataluña | 43,3939 | 10,43388 | 231 |
| | Andalucía | 45,9568 | 8,75667 | 139 |
| | Total | 44,3568 | 9,90345 | 370 |
| hombre | Cataluña | 43,7895 | 9,08343 | 19 |
| | Andalucía | 51,0000 | 10,83272 | 47 |
| | Total | 48,9242 | 10,80358 | 66 |
| Total | Cataluña | 43,4240 | 10,32155 | 250 |
| | Andalucía | 47,2312 | 9,55017 | 186 |
| | Total | 45,0482 | 10,16485 | 436 |

Tabla 2.2.36 Descripción de la Competencia Percibida total en función del sexo y de la comunidad.

ANOVA

Variable dependiente: Competencia percibida total

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------|----------------------------|-----|------------------|----------|---------------|
| Modelo corregido | 2441,938 | 3 | 813,979 | 8,273 | ,000 |
| Intersección | 396898,815 | 1 | 396898,815 | 4033,975 | ,000 |
| sexo | 346,236 | 1 | 346,236 | 3,519 | ,061 |
| comunita | 1118,087 | 1 | 1118,087 | 11,364 | ,001 |
| sexo * comunita | 252,840 | 1 | 252,840 | 2,570 | ,110 |
| Error | 42504,050 | 432 | 98,389 | | |
| Total | 929737,000 | 436 | | | |
| Total corregida | 44945,989 | 435 | | | |

Tabla 2.2.37 Resultados del Análisis de la varianza de la Competencia Percibida total.

El estudio realizado para analizar la posible correlación entre deseo de trabajar con enfermos terminales de sida, cáncer, geriátricos y terminales de raza gitana, con la Competencia Percibida Frente a la Muerte, pone de relieve que la mayoría de ítems correlaciona significativamente con el deseo, aunque con valores de correlación bajas, lo que nos sugiere una tendencia que no podemos afirmar rotundamente. Es decir, a mayor Competencia Percibida Frente a la Muerte, mayor deseo de trabajar con enfermos terminales. Ver Tablas 2.2.38 y 2.2.39.

| Correlación de Pearson | | deseo trabajar enfermos terminales cáncer | deseo trabajar enfermos terminales de sida | deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana |
|---|------|---|--|--|---|
| Preparado proceso morir | | ,134** | ,101* | ,039 | ,153** |
| | Sig. | ,005 | ,033 | ,410 | ,001 |
| | N | 442 | 442 | 441 | 442 |
| Preparado para afrontar mi muerte | | ,117* | ,094* | ,057 | ,146** |
| | Sig. | ,014 | ,047 | ,235 | ,002 |
| | N | 442 | 442 | 441 | 442 |
| Puedo expresar mis miedos | | ,019 | ,013 | ,018 | ,022 |
| | Sig. | ,685 | ,791 | ,701 | ,650 |
| | N | 441 | 441 | 440 | 441 |
| Puedo hablar de la muerte de amigos/familia | | ,092 | ,094* | ,072 | ,088 |
| | Sig. | ,054 | ,049 | ,130 | ,064 |
| | N | 441 | 441 | 440 | 441 |
| Soy capaz de afrontar pérdidas futuras | | ,082 | ,047 | ,117* | ,018 |
| | Sig. | ,086 | ,325 | ,014 | ,700 |
| | N | 440 | 440 | 439 | 440 |
| Soy capaz de manejar muerte de seres cercanos | | ,113* | ,007 | ,126** | ,002 |
| | Sig. | ,018 | ,883 | ,008 | ,973 |
| | N | 441 | 441 | 440 | 441 |
| Se escuchar a los demás | | ,192** | ,125** | ,150** | ,127** |
| | Sig. | ,000 | ,008 | ,002 | ,007 |
| | N | 442 | 442 | 441 | 442 |
| Se como hablar con los niños de muerte | | ,089 | ,061 | ,076 | ,098* |
| | Sig. | ,062 | ,199 | ,114 | ,040 |
| | N | 440 | 440 | 439 | 440 |
| Puedo pasar tiempo con enfermos terminales | | ,307** | ,226** | ,233** | ,223** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 440 | 440 | 439 | 440 |
| Puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | | ,229** | ,185** | ,228** | ,174** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 440 | 440 | 439 | 440 |
| Puedo comunicarme con enfermo moribundo | | ,150** | ,152** | ,094* | ,117* |
| | Sig. | ,002 | ,001 | ,050 | ,014 |
| | N | 441 | 441 | 440 | 441 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 2.2.38 *Correlación entre los ítems que analizan la Competencia Percibida y los deseos de trabajar con enfermos terminales.*

| Correlación de Pearson | | Competencia percibida total |
|---|-----------|-----------------------------|
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Sig. N | ,231** ,000 435 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Sig. N | ,173** ,000 435 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Sig. N | ,193** ,000 434 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Sig. N | ,187** ,000 435 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2.2.39 *Correlación entre la Competencia Percibida total y el deseo de trabajar con enfermos terminales.*

- **Escala de Competencia Percibida de Wallston**

Aunque ya utilizamos la escala de Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen, queríamos averiguar si la Competencia Percibida podría ser un factor que interrelacionase con otras variables del estudio. Es decir, una cosa es la Competencia Percibida Frente a la Muerte, y la otra, es la capacidad de Competencia Percibida no relacionada con el proceso de morir. Para ello, hemos utilizado la versión española de Fernández et al. (1998). Es una escala que consta de 6 ítems y la respuesta a cada ítem puede ir desde *totalmente en desacuerdo* con la afirmación que se puntúa con un 1, hasta *totalmente de acuerdo* con una puntuación de 6. Así pues la puntuación máxima sería de 48 puntos, y la media 24.

Como se puede observar en la Tabla 2.2.40, la puntuación dada tanto por comunidad como por sexo, indica una puntuación media-alta. Es decir, los sujetos manifiestan que se sienten competentes, aunque no muy competentes si tenemos en cuenta la media reflejada en dicha Tabla.

Variable dependiente: Competencia percibida Wallston

| sexo | Comunidad | Media | Desv. típ. | N |
|--------|-----------|---------|------------|-----|
| mujer | Cataluña | 29,7414 | 2,85014 | 232 |
| | Andalucía | 29,7801 | 3,05682 | 141 |
| | Total | 29,7560 | 2,92597 | 373 |
| hombre | Cataluña | 30,6842 | 3,01943 | 19 |
| | Andalucía | 30,6739 | 3,50272 | 46 |
| | Total | 30,6769 | 3,34528 | 65 |
| Total | Cataluña | 29,8127 | 2,86789 | 251 |
| | Andalucía | 30,0000 | 3,18599 | 187 |
| | Total | 29,8927 | 3,00570 | 438 |

Tabla 2.2.40 *Descripción de la escala de Competencia Percibida de Wallston en función de la comunidad y del sexo.*

De la Tabla 2.2.41, se desprende que sólo el género presenta una diferencia estadísticamente significativa. Es decir, los hombres en nuestro estudio, presentan más Competencia Percibida que las mujeres.

ANOVA

Variable dependiente: Competencia percibida Wallston

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------|----------------------------|-----|------------------|-----------|---------------|
| Modelo corregido | 47,076 ^a | 3 | 15,692 | 1,746 | ,157 |
| Intersección | 170354,837 | 1 | 170354,837 | 18953,154 | ,000 |
| sexo | 39,326 | 1 | 39,326 | 4,375 | ,037 |
| comunita | ,009 | 1 | ,009 | ,001 | ,974 |
| sexo * comunita | ,028 | 1 | ,028 | ,003 | ,955 |
| Error | 3900,881 | 434 | 8,988 | | |
| Total | 395333,000 | 438 | | | |
| Total corregida | 3947,957 | 437 | | | |

a. R cuadrado = ,012 (R cuadrado corregida = ,005)

Tabla 2.2.41 *Resultados del análisis de la Escala de Competencia Percibida de Wallston en función de la comunidad y del sexo.*

Como se observa en las Tablas 2.2.42, los resultados de la correlación entre la escala de Competencia Percibida Frente a la muerte de Bugen y la escala de Competencia Percibida de Wallston, muestran que existe una correlación significativa baja. En otras palabras, si una persona se siente competente a nivel general, también lo será en relación con la muerte y el

enfermo terminal. Pero al ser la correlación tan baja, cabe pensar que se puede ser competente en un área determinada y no en otra.

Correlaciones

| | | Competencia percibida Wallston | Competencia percibida Bugen |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Competencia percibida Wallston | Correlación de Pearson | 1 | ,123* |
| | Sig. (bilateral) | | ,011 |
| | N | 438 | 430 |
| Competencia percibida Bugen | Correlación de Pearson | ,123* | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,011 | |
| | N | 430 | 434 |

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 2.2.42 *Análisis de la relación entre Competencia Percibida de Wallston, y Competencia Percibida de Bugen.*

En relación al deseo de trabajar con enfermos terminales, los resultados que se reflejan en la Tabla 2.2.43, muestran una correlación significativa entre este deseo y el nivel más alto de Competencia Percibida Frente a la muerte de Bugen. A más Competencia (percentil 75), más deseo de trabajar con enfermos terminales.

En la Tabla 2.2.44, se puede observar que a más Competencia Percibida Frente a la Muerte (percentil 75), menos miedo de trabajar con enfermos terminales y menos miedo a la muerte. Por otro lado, a más Competencia Percibida Frente a la Muerte (percentil 75), existe de manera significativa, más Inteligencia Emocional en sus tres áreas: atención, claridad y reparación emocional. Ver Tabla 2.2.45.

Estadísticos de grupo

| | Competencia percibida de bugen | N | Media | Desviación típ. | Significación |
|---|--------------------------------|-----|--------|-----------------|---------------|
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Inferior al percentil 25 | 113 | 4,1327 | 1,49107 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 115 | 5,2348 | 1,33988 | |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Inferior al percentil 25 | 113 | 3,7876 | 1,47268 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 115 | 4,8348 | 1,57241 | |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Inferior al percentil 25 | 113 | 3,9381 | 1,46558 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 115 | 4,8348 | 1,74180 | |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Inferior al percentil 25 | 113 | 4,0796 | 1,22578 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 115 | 4,9565 | 1,54120 | |

Tabla 2.2.43 *Comparación por percentiles de los grupos de Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen en cuanto al deseo de trabajar con enfermos terminales.*

Estadísticos de grupo

| | Competencia percibida de bugen | N | Media | Desviación típ. | Significación |
|---------------------------|--------------------------------|-----|--------|-----------------|---------------|
| Tengo miedo a los muertos | Inferior al percentil 25 | 112 | 3,1875 | 1,88178 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 115 | 2,1217 | 1,57362 | |
| Tengo miedo a la muerte | Inferior al percentil 25 | 113 | 4,8230 | 1,91437 | ,001 |
| | Superior al percentil 75 | 114 | 3,8684 | 2,26365 | |

Tabla 2.2.44 *Comparación por percentiles de los grupos de Competencia Percibida de Bugen en cuanto al miedo a la muerte y a los muertos.*

Estadísticos de grupo

| | Competencia percibida de bugen | N | Media | Desviación típ. | Significación |
|------------------------------|--------------------------------|-----|--------|-----------------|---------------|
| ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | Inferior al percentil 25 | 103 | 3,5663 | ,32659 | ,010 |
| | Superior al percentil 75 | 110 | 3,6935 | ,38635 | |
| CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | Inferior al percentil 25 | 109 | 3,1413 | ,37303 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 112 | 3,4381 | ,43992 | |
| REPARACION DE LAS EMOCIONES | Inferior al percentil 25 | 111 | 3,1359 | ,47166 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 110 | 3,4523 | ,52334 | |

Tabla 2.2.45 *Comparación por percentiles de los grupos de Competencia Percibida de Bugen en relación a la Inteligencia Emocional.*

- **Escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospice**

Para evaluar el nivel de Autoeficacia Frente a la Muerte se utilizó la escala de Autoeficacia Frente a la Muerte relacionada con los hospice de Robbins (1992), descartando los ítems que se consideraron que no eran apropiados para esta investigación. La escala original consta de 44 ítems de los que sólo utilizamos 17. Se ha calculado el valor de fiabilidad de esta escala resultando una Alfa de Cronbach de 0,895.

A los sujetos se les preguntaba hasta qué punto se sentían capaces-incapaces de realizar las acciones que se exponían a continuación. Podían responder puntuando con un 1, que sería la respuesta dada a que se sienten *totalmente incapaces* de realizar la acción, hasta 7, que respondía a la *total capacidad* para realizar la acción propuesta.

En la Tabla 2.2.46, se reflejan los resultados de la Autoeficacia Frente a la Muerte por sexos. Cabe resaltar que los hombres de forma estadísticamente significativa, muestran un nivel más elevado de Autoeficacia en los siguientes aspectos: *afrentar la muerte de una persona anciana, tocar un cadáver, afrontar la muerte de un enfermo de cáncer, visitar a un*

amigo moribundo, afrontar la muerte de un amigo de su edad, acompañar a una persona en el momento de su muerte, y estar con personas con síntomas desagradables.

En relación a los resultados de la Autoeficacia por comunidad, en la Tabla 2.2.47, se puede observar, que los alumnos de la comunidad andaluza, de forma estadísticamente significativa, muestran un nivel de Autoeficacia mayor en los siguientes aspectos: *escuchar las preocupaciones del familiar del enfermo moribundo, tocar un cadáver, visitar a un amigo moribundo, afrontar la muerte de un amigo de su edad, acompañar a una persona en el momento de su muerte y en proporcionar apoyo emocional a la familia.*

En las Tablas 2.2.48 y 2.2.49, se presentan los resultados de la Autoeficacia total por sexos y comunidad, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

| | | N | Media | Desviación típica | Sig. |
|---|--------|-----|--------|-------------------|------|
| Afrontar muerte persona anciana | mujer | 377 | 5,3024 | 1,26273 | ,018 |
| | hombre | 67 | 5,7015 | 1,32591 | |
| | Total | 444 | 5,3626 | 1,27895 | |
| Escuchar preocupaciones paciente moribundo | mujer | 377 | 5,5915 | 1,11933 | ,156 |
| | hombre | 67 | 5,8060 | 1,23385 | |
| | Total | 444 | 5,6239 | 1,13848 | |
| Escuchar preocupaciones familiar del moribundo | mujer | 377 | 5,5491 | 1,25196 | ,206 |
| | hombre | 67 | 5,7612 | 1,32676 | |
| | Total | 444 | 5,5811 | 1,26427 | |
| Afrontar muerte enfermo de sida | mujer | 376 | 5,2207 | 1,25079 | ,060 |
| | hombre | 67 | 5,5373 | 1,35208 | |
| | Total | 443 | 5,2686 | 1,27012 | |
| Tocar un cadáver | mujer | 377 | 5,2202 | 1,92459 | ,001 |
| | hombre | 67 | 6,1791 | 1,23000 | |
| | Total | 444 | 5,3649 | 1,86744 | |
| Afrontar muerte de un enfermo cáncer | mujer | 376 | 5,1755 | 1,34503 | ,003 |
| | hombre | 66 | 5,7121 | 1,32160 | |
| | Total | 442 | 5,2557 | 1,35368 | |
| Cuidar físicamente a enfermo moribundo | mujer | 376 | 5,6144 | 1,19675 | ,262 |
| | hombre | 67 | 5,7910 | 1,12192 | |
| | Total | 443 | 5,6411 | 1,18621 | |
| Comunicarme con enfermo moribundo | mujer | 374 | 5,6230 | 1,12233 | ,415 |
| | hombre | 67 | 5,7463 | 1,22280 | |
| | Total | 441 | 5,6417 | 1,13757 | |
| Visitar a un amigo moribundo | mujer | 376 | 5,0851 | 1,57249 | ,044 |
| | hombre | 67 | 5,5075 | 1,59899 | |
| | Total | 443 | 5,1490 | 1,58197 | |
| Dar el pésame | mujer | 375 | 5,3173 | 1,51042 | ,618 |
| | hombre | 67 | 5,4179 | 1,57777 | |
| | Total | 442 | 5,3326 | 1,51942 | |
| Afrontar la muerte de un amigo de mi edad | mujer | 375 | 3,1253 | 1,60139 | ,001 |
| | hombre | 66 | 4,0152 | 1,88510 | |
| | Total | 441 | 3,2585 | 1,67504 | |
| Acompañar a una persona en momento de la muerte | mujer | 376 | 4,5505 | 1,63384 | ,004 |
| | hombre | 66 | 5,1818 | 1,61635 | |
| | Total | 442 | 4,6448 | 1,64491 | |
| Estar con persona con síntomas desagradables | mujer | 376 | 5,1223 | 1,30064 | ,038 |
| | hombre | 67 | 5,4776 | 1,19796 | |
| | Total | 443 | 5,1761 | 1,29064 | |
| Permitir que un moribundo se comuniquen | mujer | 375 | 5,7653 | 1,15549 | ,217 |
| | hombre | 66 | 5,9545 | 1,08744 | |
| | Total | 441 | 5,7937 | 1,14636 | |
| Proporcionar apoyo emocional al familiar | mujer | 375 | 5,4373 | 1,31047 | ,68 |
| | hombre | 67 | 5,5075 | 1,15959 | |
| | Total | 442 | 5,4480 | 1,28774 | |
| Cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | mujer | 375 | 5,9173 | 1,04246 | ,793 |
| | hombre | 67 | 5,8806 | 1,10813 | |
| | Total | 442 | 5,9118 | 1,05146 | |
| Entender el duelo y dolor de la pérdida | mujer | 375 | 6,0800 | 1,08908 | ,811 |
| | hombre | 67 | 6,0448 | 1,23623 | |
| | Total | 442 | 6,0747 | 1,11120 | |

Tabla 2.2.46 *Autoeficacia Frente a la Muerte por sexo.*

ANOVA

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|--------------|-------------------|-----|------------------|--------|------|
| Afrontar muerte persona anciana | Inter-grupos | 9,062 | 1 | 9,062 | 5,597 | ,018 |
| | Intra-grupos | 715,558 | 442 | 1,619 | | |
| | Total | 724,619 | 443 | | | |
| Escuchar preocupaciones paciente moribundo | Inter-grupos | 2,616 | 1 | 2,616 | 2,023 | ,156 |
| | Intra-grupos | 571,570 | 442 | 1,293 | | |
| | Total | 574,187 | 443 | | | |
| Escuchar preocupaciones familiar del moribundo | Inter-grupos | 2,560 | 1 | 2,560 | 1,604 | ,206 |
| | Intra-grupos | 705,521 | 442 | 1,596 | | |
| | Total | 708,081 | 443 | | | |
| Afrontar muerte enfermo de sida | Inter-grupos | 5,699 | 1 | 5,699 | 3,553 | ,060 |
| | Intra-grupos | 707,335 | 441 | 1,604 | | |
| | Total | 713,034 | 442 | | | |
| Tocar un cadáver | Inter-grupos | 52,314 | 1 | 52,314 | 15,492 | ,000 |
| | Intra-grupos | 1492,578 | 442 | 3,377 | | |
| | Total | 1544,892 | 443 | | | |
| Afrontar muerte de un enfermo cáncer | Inter-grupos | 16,166 | 1 | 16,166 | 8,982 | ,003 |
| | Intra-grupos | 791,945 | 440 | 1,800 | | |
| | Total | 808,111 | 441 | | | |
| Cuidar físicamente a enfermo moribundo | Inter-grupos | 1,775 | 1 | 1,775 | 1,262 | ,262 |
| | Intra-grupos | 620,157 | 441 | 1,406 | | |
| | Total | 621,932 | 442 | | | |
| Comunicarme con enfermo moribundo | Inter-grupos | ,863 | 1 | ,863 | ,667 | ,415 |
| | Intra-grupos | 568,529 | 439 | 1,295 | | |
| | Total | 569,392 | 440 | | | |
| Visitar a un amigo moribundo | Inter-grupos | 10,144 | 1 | 10,144 | 4,082 | ,044 |
| | Intra-grupos | 1096,023 | 441 | 2,485 | | |
| | Total | 1106,167 | 442 | | | |
| Dar el pésame | Inter-grupos | ,575 | 1 | ,575 | ,249 | ,618 |
| | Intra-grupos | 1017,536 | 440 | 2,313 | | |
| | Total | 1018,111 | 441 | | | |
| Afrontar la muerte de un amigo de mi edad | Inter-grupos | 44,436 | 1 | 44,436 | 16,392 | ,000 |
| | Intra-grupos | 1190,094 | 439 | 2,711 | | |
| | Total | 1234,531 | 440 | | | |
| Acompañar a una persona en momento de la muerte | Inter-grupos | 22,375 | 1 | 22,375 | 8,408 | ,004 |
| | Intra-grupos | 1170,858 | 440 | 2,661 | | |
| | Total | 1193,233 | 441 | | | |
| Estar con persona con síntomas desagradables | Inter-grupos | 7,178 | 1 | 7,178 | 4,341 | ,038 |
| | Intra-grupos | 729,089 | 441 | 1,653 | | |
| | Total | 736,266 | 442 | | | |
| Permitir que un moribundo se comunique | Inter-grupos | 2,009 | 1 | 2,009 | 1,531 | ,217 |
| | Intra-grupos | 576,213 | 439 | 1,313 | | |
| | Total | 578,222 | 440 | | | |
| Proporcionar apoyo emocional al familiar | Inter-grupos | ,280 | 1 | ,280 | ,168 | ,682 |
| | Intra-grupos | 731,024 | 440 | 1,661 | | |
| | Total | 731,303 | 441 | | | |
| Cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | Inter-grupos | ,077 | 1 | ,077 | ,069 | ,793 |
| | Intra-grupos | 487,482 | 440 | 1,108 | | |
| | Total | 487,559 | 441 | | | |
| Entender el duelo y dolor de la pérdida | Inter-grupos | ,071 | 1 | ,071 | ,057 | ,811 |
| | Intra-grupos | 544,466 | 440 | 1,237 | | |
| | Total | 544,536 | 441 | | | |

Tabla 2.2.47 *Autoeficacia Frente a la Muerte por comunidad.*

Variable dependiente: Autoeficacia total

| sexo | Comunidad | Media | Desv. típ. | N |
|--------|-----------|---------|------------|-----|
| mujer | Cataluña | 88,8341 | 14,24961 | 229 |
| | Andalucía | 91,2128 | 13,66947 | 141 |
| | Total | 89,7405 | 14,06037 | 370 |
| hombre | Cataluña | 91,0556 | 11,83451 | 18 |
| | Andalucía | 96,5000 | 14,52928 | 46 |
| | Total | 94,9688 | 13,95226 | 64 |
| Total | Cataluña | 88,9960 | 14,07861 | 247 |
| | Andalucía | 92,5134 | 14,03312 | 187 |
| | Total | 90,5115 | 14,15066 | 434 |

Tabla 2.2.48 Descripción de la Autoeficacia total en función del sexo y de la comunidad.

ANOVA

Variable dependiente: Autoeficacia total

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------|----------------------------|-----|------------------|----------|---------------|
| Modelo corregido | 2368,687 ^a | 3 | 789,562 | 4,026 | ,008 |
| Intersección | 1522545,163 | 1 | 1522545,2 | 7762,952 | ,000 |
| sexo | 635,252 | 1 | 635,252 | 3,239 | ,073 |
| comunita | 689,567 | 1 | 689,567 | 3,516 | ,061 |
| sexo * comunita | 105,897 | 1 | 105,897 | ,540 | ,463 |
| Error | 84335,756 | 430 | 196,130 | | |
| Total | 3642178,000 | 434 | | | |
| Total corregida | 86704,442 | 433 | | | |

a. R cuadrado = ,027 (R cuadrado corregida = ,021)

Tabla 2.2.49 Resultados del Análisis de la varianza de la Autoeficacia total.

En cuanto a la correlación entre el deseo de cuidar enfermos terminales y la Autoeficacia, se ha analizado primero de forma detallada (Tabla 2.2.50) y calculando un valor total de Autoeficacia (Tabla 2.2.51). En ambos casos puede observarse unas correlaciones significativas pero con valores no muy altos. Es decir, se observa una relación clara pero no muy intensa entre un mayor deseo de trabajar con enfermos terminales y el hecho de tener valores altos de Autoeficacia.

| Correlación de Pearson | | deseo trabajar enfermos terminales cáncer | deseo trabajar enfermos terminales de sida | deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana |
|---|----------------------|---|--|--|---|
| Afrontar muerte persona anciana | Sig. ,034 N 443 | ,033 | ,101* | ,051 | ,282 |
| Escuchar preocupaciones paciente moribundo | Sig. ,219** N 443 | ,199** | ,240** | ,207** | ,000 |
| Escuchar preocupaciones familiar del moribundo | Sig. ,155** N 443 | ,173** | ,183** | ,162** | ,001 |
| Afrontar muerte enfermo de sida | Sig. ,157** N 442 | ,172** | ,148** | ,193** | ,000 |
| Tocar un cadáver | Sig. ,140** N 443 | ,112* | ,137** | ,157** | ,001 |
| Afrontar muerte de un enfermo cáncer | Sig. ,208** N 441 | ,130** | ,153** | ,176** | ,000 |
| Cuidar físicamente a enfermo moribundo | Sig. ,281** N 442 | ,260** | ,192** | ,210** | ,000 |
| Comunicarme con enfermo moribundo | Sig. ,266** N 440 | ,200** | ,189** | ,216** | ,000 |
| visitar a un amigo moribundo | Sig. ,238** N 442 | ,125** | ,186** | ,117* | ,014 |
| Dar el pésame | Sig. ,125** N 441 | ,115* | ,138** | ,056 | ,242 |
| Afrontar la muerte de un amigo de mi edad | Sig. ,110* N 440 | ,046 | ,145** | ,092 | ,054 |
| Acompañar a una persona en momento de muerte | Sig. ,243** N 441 | ,140** | ,171** | ,158** | ,001 |
| Estar con persona con síntomas desagradables | Sig. ,211** N 442 | ,231** | ,204** | ,193** | ,000 |
| Permitir que un moribundo se comunique | Sig. ,222** N 440 | ,209** | ,147** | ,198** | ,000 |
| Proporcionar apoyo emocional al familiar | Sig. ,250** N 441 | ,233** | ,140** | ,142** | ,003 |
| Cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | Sig. ,307** N 441 | ,279** | ,155** | ,198** | ,000 |
| Entender el duelo y dolor de la pérdida | Sig. ,160** N 441 | ,109* | ,005 | ,042 | ,376 |
| | | 441 | 440 | 440 | 441 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 2.2.50 *Correlaciones entre el deseo de cuidar enfermos terminales y los ítems de Autoeficacia.*

Correlaciones

| Correlación de Pearson | | Autoeficacia total |
|---|------------------|--------------------|
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Sig. (bilateral) | ,303** |
| | N | 433 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Sig. (bilateral) | ,245** |
| | N | 433 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Sig. (bilateral) | ,244** |
| | N | 432 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Sig. (bilateral) | ,230** |
| | N | 433 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2.2.51 *Correlaciones entre el deseo de cuidar enfermos terminales y la Autoeficacia total.*

En la Tabla 2.2.52 se reflejan los resultados de la correlación entre la Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen, la Competencia Percibida de Wallston y la Autoeficacia Frente a la Muerte de Robbins. Existe una correlación significativa entre la Competencia Percibida Frente a la muerte de Bugen y la Autoeficacia Frente a la Muerte de Robbins. Es decir, a mayor Competencia Percibida Frente a la Muerte, mayor Autoeficacia.

Correlaciones

| | | Competencia percibida Bugen | Competencia percibida Wallston |
|--------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Autoeficacia total | Correlación de Pearson | ,581** | ,068 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,158 |
| | N | 428 | 431 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2.2.52 *Correlación entre la Autoeficacia Frente a la Muerte de Robbins, Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen, y Competencia Percibida de Wallston.*

En la Tabla 2.2.53, se observa que a mayor nivel de Autoeficacia frente a la muerte (percentil 75), existe de manera significativa, más deseo de trabajar con enfermos al final de su vida.

Estadísticos de grupo

| | Autoeficacia total | N | Media | Desviación típ. | Significación |
|--|--------------------------|-----|--------|--------------------|---------------|
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | Inferior al percentil 25 | 117 | 4,2393 | 1,41817 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 5,1724 | 1,40357 | |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | Inferior al percentil 25 | 117 | 4,0769 | 1,53777 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 4,8793 | 1,57234 | |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | Inferior al percentil 25 | 116 | 3,9397 | 1,56754 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 4,8017 | 1,63771 | |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | Inferior al percentil 25 | 117 | 4,1453 | 1,28160 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 4,9828 | 1,52648 | |

Tabla 2.2.53 *Correlación entre los percentiles 25 y 75 de la Autoeficacia y el deseo de trabajar con enfermos terminales.*

El miedo a la muerte y a los muertos disminuye de forma significativa en la medida que el nivel de Autoeficacia aumenta (percentil 75). A más sensación de Autoeficacia Frente a la Muerte, existirá menos miedo a la muerte y a los muertos (Ver Tabla 2.2.54).

Estadísticos de grupo

| | Autoeficacia total | N | Media | Desviación típ. | Significación |
|------------------------------|--------------------------|-----|--------|--------------------|---------------|
| Tengo miedo a los muertos | Inferior al percentil 25 | 116 | 3,2586 | 1,98306 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 2,0086 | 1,59071 | |
| Tengo miedo a la muerte | Inferior al percentil 25 | 117 | 5,3077 | 1,67364 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 3,3879 | 2,02494 | |

Tabla 2.2.54 *Correlación entre los percentiles 25 y 75 de la Autoeficacia y el miedo a la muerte y a los muertos.*

En lo referente a la Autoeficacia Frente a la Muerte y las áreas de la Inteligencia Emocional, se puede observar en la Tabla 2.2.55, que el nivel más alto de Autoeficacia frente a la Muerte (percentil 75), correlaciona significativamente con la claridad emocional y la reparación o regulación emocional. Es decir, a más sensación de Autoeficacia Frente a la muerte, existirá más claridad y más reparación emocional.

Estadísticos de grupo

| | Autoeficacia total | N | Media | Desviación típ. | Significació n |
|---------------------------------|--------------------------|-----|--------|--------------------|-------------------|
| ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | Inferior al percentil 25 | 111 | 3,6148 | ,35178 | ,458 |
| | Superior al percentil 75 | 110 | 3,6519 | ,39139 | |
| CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | Inferior al percentil 25 | 115 | 3,1536 | ,39174 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 116 | 3,3851 | ,43473 | |
| REPARACION DE LAS EMOCIONES | Inferior al percentil 25 | 114 | 3,0892 | ,47371 | ,000 |
| | Superior al percentil 75 | 111 | 3,4737 | ,47752 | |

Tabla 2.2.55. *Correlación entre los percentiles 25 y 75 de la Autoeficacia y las tres áreas de la Inteligencia Emocional.*

- **Cuestionario de creencias en relación al enfermo terminal**

El objetivo de incluir este cuestionario en esta investigación era para poder averiguar qué creencias tenían los estudiantes en relación al enfermo terminal. Este cuestionario construido ad hoc, consta de quince ítems en el que se recogen aspectos relacionados con la atención al enfermo al final de su vida. Los sujetos podían responder a las preguntas mediante un puntuación de uno a siete, siendo 1 la puntuación correspondiente al *total desacuerdo* con la afirmación que se le plantea y 7, el *total acuerdo* con dicha afirmación.

La prueba no paramétrica (U de Mann-Wihtney) utilizada para comparar las diferencias entre género y entre comunidades muestra que los hombres tienen una mayor creencia en que *el enfermo terminal presentan muchos síntomas y lo que preocupa al enfermo terminal es el control de los síntomas* (Tabla 2.2.56). En relación a los resultados por comunidad, los alumnos de Andalucía tienen una mayor creencia en que *los enfermos terminales tienen mucho dolor físico, que lo mejor es decirle al familiar que se está muriendo y que la morfina crea adicción* que los alumnos de Cataluña. En cambio, los alumnos de Cataluña creen que *la boca seca, el estreñimiento y la desgana son síntomas habituales* y que *lo que preocupa al enfermo es el control de síntomas*, con valores superiores a los observados en Andalucía (Tabla 2.2.57)

| | sexo | N | Media | D.T. | Sig. |
|---|--------|-----|--------|---------|------|
| Enfermo terminal muere con dolor físico | mujer | 375 | 4,3493 | 1,89655 | ,531 |
| | hombre | 66 | 4,5303 | 1,79074 | |
| Se le puede ayudar poco | mujer | 377 | 1,8674 | 1,47620 | ,266 |
| | hombre | 66 | 2,0606 | 1,64437 | |
| Presenta muchos síntomas | mujer | 375 | 3,9680 | 1,76388 | ,049 |
| | hombre | 66 | 4,4394 | 1,97000 | |
| Enfermería puede intervenir poco | mujer | 376 | 1,5638 | 1,23339 | ,268 |
| | hombre | 66 | 1,5909 | 1,05214 | |
| Preferible ocultarle que se muere | mujer | 375 | 1,9467 | 1,48876 | ,134 |
| | hombre | 66 | 2,2273 | 1,61527 | |
| Lo mejor es decirle al familiar que se muere | mujer | 376 | 2,1596 | 1,56667 | ,057 |
| | hombre | 66 | 2,5152 | 1,67555 | |
| Lo mejor es que muera en casa | mujer | 375 | 4,3813 | 1,63556 | ,073 |
| | hombre | 65 | 4,7231 | 1,82438 | |
| La morfina se utiliza para el dolor | mujer | 375 | 6,2373 | 1,10162 | ,622 |
| | hombre | 65 | 6,3538 | ,95902 | |
| Es importante el apoyo psicológico y espiritual | mujer | 377 | 6,5942 | ,86126 | ,256 |
| | hombre | 66 | 6,5000 | ,82741 | |
| El dolor es lo más difícil de tratar | mujer | 375 | 4,1840 | 1,93912 | ,756 |
| | hombre | 66 | 4,1061 | 2,00866 | |
| Son síntomas habituales: boca seca, estreñimiento... | mujer | 373 | 5,1153 | 1,47929 | ,270 |
| | hombre | 66 | 4,8636 | 1,47686 | |
| El familiar no quiere que el enfermo se entere que se muere | mujer | 377 | 4,4642 | 1,65009 | ,653 |
| | hombre | 66 | 4,3636 | 1,70643 | |
| Morfina crea adicción | mujer | 373 | 3,7507 | 1,64922 | ,496 |
| | hombre | 66 | 3,8030 | 1,53141 | |
| Lo que preocupa al familiar son aspectos emocionales | mujer | 377 | 5,1406 | 1,33443 | ,57 |
| | hombre | 66 | 5,2424 | 1,31337 | |
| Lo que preocupa al enfermo es el control de síntomas | mujer | 375 | 4,2347 | 1,57805 | ,23 |
| | hombre | 66 | 4,0455 | 1,42970 | |

Tabla 2.2.56 *Resultados de la comparación entre sexos del cuestionario sobre creencias del enfermo terminal.*

| | Comunidad | N | Media | D.T. | Sig. |
|---|-----------|-----|--------|---------|------|
| Enfermo terminal muere con dolor físico | Cataluña | 252 | 4,0159 | 1,91860 | ,000 |
| | Andalucía | 189 | 4,8571 | 1,71840 | |
| Se le puede ayudar poco | Cataluña | 253 | 1,8300 | 1,40534 | ,356 |
| | Andalucía | 190 | 1,9842 | 1,62154 | |
| Presenta muchos síntomas | Cataluña | 252 | 3,9841 | 1,78075 | ,493 |
| | Andalucía | 189 | 4,1111 | 1,83156 | |
| Enfermería puede intervenir poco | Cataluña | 252 | 1,5833 | 1,20961 | ,553 |
| | Andalucía | 190 | 1,5474 | 1,20641 | |
| Preferible ocultarle que se muere | Cataluña | 252 | 1,9722 | 1,47598 | ,885 |
| | Andalucía | 189 | 2,0106 | 1,55738 | |
| Lo mejor es decirle al familiar que se muere | Cataluña | 252 | 2,0437 | 1,52342 | ,005 |
| | Andalucía | 190 | 2,4368 | 1,64388 | |
| Lo mejor es que muera en casa | Cataluña | 253 | 4,3281 | 1,58836 | ,130 |
| | Andalucía | 187 | 4,5722 | 1,76248 | |
| La morfina se utiliza para el dolor | Cataluña | 253 | 6,2846 | 1,01869 | ,866 |
| | Andalucía | 187 | 6,2139 | 1,16269 | |
| Es importante el apoyo psicológico y espiritual | Cataluña | 253 | 6,5375 | ,89729 | ,202 |
| | Andalucía | 190 | 6,6368 | ,79663 | |
| El dolor es lo más difícil de tratar | Cataluña | 253 | 4,1225 | 1,94079 | ,537 |
| | Andalucía | 188 | 4,2394 | 1,95979 | |
| Son síntomas habituales: boca seca, estreñimiento... | Cataluña | 250 | 5,2960 | 1,47277 | ,000 |
| | Andalucía | 189 | 4,7884 | 1,44313 | |
| El familiar no quiere que el enfermo se entere que se | Cataluña | 253 | 4,3399 | 1,64602 | ,110 |
| | Andalucía | 190 | 4,5947 | 1,66475 | |
| Morfina crea adicción | Cataluña | 251 | 3,5777 | 1,65799 | ,006 |
| | Andalucía | 188 | 4,0000 | 1,56499 | |
| Lo que preocupa al familiar son aspectos emocionales | Cataluña | 253 | 5,1304 | 1,23875 | ,311 |
| | Andalucía | 190 | 5,1895 | 1,44599 | |
| Lo que preocupa al enfermo es el control de síntomas | Cataluña | 252 | 4,3730 | 1,58295 | ,004 |
| | Andalucía | 189 | 3,9841 | 1,49637 | |

Tabla 2.2.57 *Resultados por comunidad del cuestionario sobre creencias de enfermo terminal.*

- **Escala de Inteligencia Emocional**

Se utilizó la adaptación española de Fernández-Berrocal et al. (1999), de la TMMS de Salovey y Mayer. Es una escala compuesta de 48 ítems que evalúa tres áreas de la Inteligencia Emocional: la **atención** a los sentimientos, la **claridad** de los sentimientos y la capacidad de **reparación** emocional.

Las respuestas a las afirmaciones de los ítems podían ir desde nunca con una puntuación de uno, hasta muy frecuentemente, con una puntuación de cinco. En la Tabla 2.2.58, se observan los resultados por sexo y por comunidad en el área **atención a los sentimientos**.

| comunidad | | | | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | | | | | |
|-----------|---------------|--------|-----|-----------------------------|-------|---------|--------|--------|------------|
| | | | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desv. típ. |
| Cataluña | curso primero | mujer | 101 | 3,66 | 3,67 | 2,67 | 4,52 | ,36 | |
| | | hombre | 10 | 3,61 | 3,45 | 2,95 | 4,52 | ,55 | |
| | | Total | 111 | 3,65 | 3,67 | 2,67 | 4,52 | ,38 | |
| | segundo | mujer | 32 | 3,66 | 3,64 | 2,81 | 4,48 | ,37 | |
| | | hombre | 1 | 3,29 | 3,29 | 3,29 | 3,29 | , | |
| | | Total | 33 | 3,65 | 3,62 | 2,81 | 4,48 | ,37 | |
| | tercero | mujer | 83 | 3,66 | 3,62 | 2,86 | 4,71 | ,36 | |
| | | hombre | 8 | 3,63 | 3,67 | 2,86 | 3,95 | ,37 | |
| | | Total | 91 | 3,65 | 3,62 | 2,86 | 4,71 | ,36 | |
| Andalucía | curso primero | mujer | 60 | 3,57 | 3,57 | 2,62 | 4,19 | ,36 | |
| | | hombre | 21 | 3,56 | 3,57 | 2,71 | 4,43 | ,50 | |
| | | Total | 81 | 3,57 | 3,57 | 2,62 | 4,43 | ,39 | |
| | segundo | mujer | 54 | 3,67 | 3,67 | 2,95 | 4,29 | ,30 | |
| | | hombre | 12 | 3,48 | 3,38 | 2,86 | 4,19 | ,43 | |
| | | Total | 66 | 3,63 | 3,62 | 2,86 | 4,29 | ,33 | |
| | tercero | mujer | 22 | 3,71 | 3,67 | 3,33 | 4,19 | ,26 | |
| | | hombre | 11 | 3,53 | 3,57 | 3,00 | 4,14 | ,38 | |
| | | Total | 33 | 3,65 | 3,67 | 3,00 | 4,19 | ,31 | |

Tabla 12.258 *Resultados en el área atención a los sentimientos de la escala de Inteligencia Emocional.*

Realizado el análisis estadístico, se han observado valores de atención a los sentimientos homogéneos entre sexos, entre cursos académicos y entre comunidades (Tablas 2.2.59 y 2.2.60).

| sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig |
|------------------------------------|-----|--------|-----------------|------|
| ATENCION A LOS SENTIMIENTOS mujer | 352 | 3,6466 | ,34631 | ,115 |
| ATENCION A LOS SENTIMIENTOS hombre | 63 | 3,5525 | ,44478 | |

Tabla 2.2.59 *Resultados del análisis estadístico de la atención a los sentimientos por género.*

| Comunidad | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---------------------------------------|-----|--------|-----------------|------|
| ATENCION A LOS SENTIMIENTOS Cataluña | 235 | 3,6521 | ,36757 | ,208 |
| ATENCION A LOS SENTIMIENTOS Andalucía | 180 | 3,6066 | ,35852 | |

Tabla 2.2.60 *Resultados del análisis estadístico de la atención a los sentimientos por comunidad.*

En la Tabla 2.2.61, se muestran los resultados del área **claridad de los sentimientos** de la Escala de Inteligencia Emocional.

| comunidad | | | | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | | | | | |
|-----------|---------|---------|--------|------------------------------|-------|---------|--------|--------|------------|
| | | | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desv. típ. |
| Cataluña | curso | primero | mujer | 108 | 3,20 | 3,20 | 1,73 | 4,33 | ,46 |
| | | | hombre | 8 | 3,45 | 3,63 | 2,73 | 3,87 | ,44 |
| | | | Total | 116 | 3,22 | 3,20 | 1,73 | 4,33 | ,46 |
| | segundo | mujer | 34 | 3,19 | 3,20 | 2,40 | 4,07 | ,42 | |
| | | hombre | 1 | 3,20 | 3,20 | 3,20 | 3,20 | , | |
| | | Total | 35 | 3,19 | 3,20 | 2,40 | 4,07 | ,42 | |
| | tercero | mujer | 86 | 3,23 | 3,20 | 2,40 | 4,07 | ,40 | |
| | | hombre | 7 | 2,81 | 2,80 | 2,27 | 3,53 | ,38 | |
| | | Total | 93 | 3,20 | 3,13 | 2,27 | 4,07 | ,42 | |
| Andalucía | curso | primero | mujer | 60 | 3,25 | 3,27 | 2,33 | 4,13 | ,42 |
| | | | hombre | 22 | 3,36 | 3,43 | 2,53 | 4,07 | ,40 |
| | | | Total | 82 | 3,28 | 3,33 | 2,33 | 4,13 | ,42 |
| | segundo | mujer | 54 | 3,27 | 3,20 | 2,40 | 4,47 | ,45 | |
| | | hombre | 13 | 3,43 | 3,40 | 3,13 | 3,80 | ,22 | |
| | | Total | 67 | 3,30 | 3,27 | 2,40 | 4,47 | ,42 | |
| | tercero | mujer | 25 | 3,32 | 3,33 | 2,67 | 3,93 | ,38 | |
| | | hombre | 13 | 3,42 | 3,40 | 3,20 | 3,80 | ,20 | |
| | | Total | 38 | 3,35 | 3,33 | 2,67 | 3,93 | ,33 | |

Tabla 2.2.61 *Resultados en el área claridad de los sentimientos de la escala de Inteligencia Emocional.*

Realizado el análisis estadístico no se observa diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla 2.2.62).

| sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig |
|-------------------------------------|-----|--------|-----------------|------|
| CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS mujer | 367 | 3,2318 | ,42999 | ,074 |
| CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS hombre | 64 | 3,3344 | ,37647 | |

Tabla 2.2.62 *Resultados de la claridad de los sentimientos por sexo.*

En cambio, sí que se observa una claridad de sentimientos significativamente mayor en Andalucía (Tabla 2.2.63).

| Comunidad | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|-----|--------|-----------------|------|
| CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS Cataluña | 244 | 3,2049 | ,43649 | ,018 |
| CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS Andalucía | 187 | 3,3020 | ,40079 | |

Tabla 2.2.63 *Resultados de la claridad de los sentimientos por comunidad.*

La Tabla 2.2.64 muestra los resultados en el área **reparación de los sentimientos**, por comunidad, curso y género.

| comunidad | | | | REPARACION DE LAS EMOCIONES | | | | | |
|-----------|---------|---------|--------|-----------------------------|-------|---------|--------|--------|------------|
| | | | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desv. típ. |
| Cataluña | curso | primero | mujer | 105 | 3,29 | 3,25 | 1,75 | 4,33 | ,50 |
| | | | hombre | 10 | 3,42 | 3,38 | 2,75 | 4,17 | ,39 |
| | | | Total | 115 | 3,30 | 3,33 | 1,75 | 4,33 | ,49 |
| | segundo | mujer | 32 | 3,26 | 3,17 | 2,83 | 3,83 | ,29 | |
| | | hombre | 1 | 3,83 | 3,83 | 3,83 | 3,83 | , | |
| | | Total | 33 | 3,28 | 3,17 | 2,83 | 3,83 | ,30 | |
| | tercero | mujer | 87 | 3,15 | 3,08 | 2,08 | 4,17 | ,49 | |
| | | hombre | 8 | 3,02 | 3,17 | 2,25 | 3,42 | ,37 | |
| | | Total | 95 | 3,14 | 3,17 | 2,08 | 4,17 | ,48 | |
| Andalucía | curso | primero | mujer | 60 | 3,36 | 3,38 | 2,17 | 4,25 | ,46 |
| | | | hombre | 20 | 3,55 | 3,50 | 2,75 | 4,17 | ,41 |
| | | | Total | 80 | 3,40 | 3,42 | 2,17 | 4,25 | ,45 |
| | segundo | mujer | 54 | 3,28 | 3,25 | 1,58 | 4,67 | ,51 | |
| | | hombre | 13 | 3,49 | 3,58 | 2,33 | 4,42 | ,54 | |
| | | Total | 67 | 3,32 | 3,25 | 1,58 | 4,67 | ,52 | |
| | tercero | mujer | 24 | 3,48 | 3,38 | 2,42 | 4,58 | ,53 | |
| | | hombre | 13 | 3,37 | 3,33 | 2,17 | 4,50 | ,71 | |
| | | Total | 37 | 3,44 | 3,33 | 2,17 | 4,58 | ,59 | |

Tabla 2.2.64 *Resultados de la reparación emocional por comunidad, curso y género.*

Como puede observarse en las Tablas 2.2.65 y 2.2.67, tanto en los hombres como en Andalucía, se observan valores de reparación de las emociones, significativamente superiores.

| sexo | | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|-----------------------------|--------|-----|--------|-----------------|------|
| REPARACION DE LAS EMOCIONES | mujer | 362 | 3,2739 | ,48306 | ,026 |
| | hombre | 65 | 3,4205 | ,51632 | |

Tabla 2.2.65 *Resultados de la reparación de los sentimientos por género.*

| Comunidad | | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|-----------------------------|-----------|-----|--------|-----------------|------|
| REPARACION DE LAS EMOCIONES | Cataluña | 243 | 3,2325 | ,46836 | ,002 |
| | Andalucía | 184 | 3,3804 | ,50735 | |

Tabla 2.2.67 *Resultados de la reparación de los sentimientos por comunidad.*

En síntesis, los alumnos de Andalucía presentan una **mayor claridad** de los sentimientos y una **mayor reparación** de los mismos. En cuanto al género, **los hombres muestran una mayor capacidad de reparación** de las emociones.

¿Existe una relación entre Inteligencia Emocional y deseo de trabajar con enfermos terminales? En otras palabras, nos preguntamos si la gestión de las emociones puede determinar el deseo de trabajar con enfermos terminales. Realizados los pertinentes análisis estadísticos, en nuestro estudio se ha observado que:

A **más capacidad de reparación de las emociones**, más deseo de trabajar con enfermos terminales de SIDA, enfermos terminales geriátricos y enfermos terminales de raza gitana (Tabla 2.2.68).

| Variable Dependiente | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| Deseo de trabajar con enfermos terminales de sida | (Constante) | 3,245 | ,540 | 0.012 | 0.012 | ,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | ,347 | ,163 | | | ,034 |
| Deseo de trabajar con enfermos terminales geriátricos | (Constante) | 3,261 | ,558 | 0.012 | 0.012 | ,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | ,358 | ,168 | | | ,033 |
| Deseo de trabajar con enfermos terminales de raza gitana | (Constante) | 3,103 | ,482 | 0.024 | 0.024 | ,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | ,447 | ,145 | | | ,002 |

Tabla 2.2.68 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el deseo de trabajar con enfermos terminales de SIDA, geriátricos y de raza gitana.*

También nos interesaba averiguar hasta qué punto las áreas de la Inteligencia Emocional, podrían tener una incidencia en el miedo a la muerte y el miedo a los muertos. Como se observa en la Tabla 2.2.69, a **menor capacidad de reparación** y a **mayor atención**

a los sentimientos más miedo a la muerte. Por otro lado, a menor **capacidad de reparación**, más miedo a los muertos (Tabla 2.2.70).

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio R cuadrado | Sig. |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 6,586 | ,702 | 0,026 | 0,26 | ,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,684 | ,211 | | | ,001 |
| 2 | (Constante) | 3,771 | 1,253 | 0,044 | 0,018 | ,003 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,681 | ,209 | | | ,001 |
| | ATENCION A LOS SENTIMIENTOS | ,773 | ,286 | | | ,007 |

a Variable dependiente: Tengo miedo a la muerte

Tabla 2.2.69 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a la muerte.*

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio R cuadrado | Sig. |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 4,651 | ,605 | 0,027 | 0,027 | ,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,598 | ,182 | | | ,001 |

a Variable dependiente: Tengo miedo a los muertos

Tabla 2.2.70 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a los muertos.*

- **Escala de ansiedad ante la muerte de Collet-Lester**

En el presente estudio se utilizó la escala modificada por Bayés y Limonero de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Collet-Lester. Es una Escala que consta de cuatro subescalas en las que se contempla *la preocupación por la propia muerte, y el propio proceso de morir, y la preocupación por la muerte de la persona más querida y la preocupación por su proceso de morir*. Cada subescala está compuesta de cinco ítems en donde la respuesta puede ir desde *no me preocupa nada* a la que se le otorga una puntuación de 1 hasta, *me preocupa muchísimo* con una puntuación de 5. Los resultados se pueden ver en la Tabla 2.2.71.

| | | Sexo | | | | Comunidad | | |
|--|-------|--------|-------|--------|-------|-----------|-----------|------|
| | | GLOBAL | Mujer | Hombre | p | Cataluña | Andalucía | p |
| Tu propia muerte | Media | 18,61 | 18,81 | 17,48 | ns | 18,75 | 18,41 | ns |
| | D.T. | 4,66 | 4,56 | 5,09 | | 4,62 | 4,73 | |
| Perder todo lo que tienes en esta vida | Media | 3,65 | 3,67 | 3,52 | ns | 3,68 | 3,60 | ns |
| | D.T. | 1,27 | 1,25 | 1,36 | | 1,29 | 1,24 | |
| No poder sentir o pensar algo nunca más | Media | 3,82 | 3,85 | 3,67 | ns | 3,88 | 3,74 | ns |
| | D.T. | 1,23 | 1,19 | 1,40 | | 1,23 | 1,22 | |
| La imposibilidad total de comunicación | Media | 3,72 | 3,76 | 3,52 | ns | 3,78 | 3,66 | ns |
| | D.T. | 1,28 | 1,24 | 1,50 | | 1,25 | 1,32 | |
| Que nadie te recuerde tras tu muerte | Media | 3,23 | 3,31 | 2,82 | 0.006 | 3,22 | 3,24 | ns |
| | D.T. | 1,25 | 1,22 | 1,38 | | 1,21 | 1,31 | |
| Morir joven | Media | 4,18 | 4,23 | 3,94 | ns | 4,19 | 4,17 | ns |
| | D.T. | 1,15 | 1,11 | 1,37 | | 1,14 | 1,18 | |
| Tu propio proceso de morir | Media | 21,40 | 21,63 | 20,07 | 0.005 | 21,65 | 21,06 | ns |
| | D.T. | 3,56 | 3,34 | 4,40 | | 3,43 | 3,70 | |
| Un dolor continuo insoportable | Media | 4,39 | 4,44 | 4,06 | 0.01 | 4,47 | 4,27 | 0.04 |
| | D.T. | ,97 | ,91 | 1,23 | | ,88 | 1,07 | |
| La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas | Media | 4,12 | 4,16 | 3,91 | ns | 4,21 | 4,01 | 0.02 |
| | D.T. | ,97 | ,91 | 1,24 | | ,93 | 1,01 | |
| El deterioro de mis facultades mentales | Media | 4,45 | 4,47 | 4,34 | ns | 4,52 | 4,37 | 0.04 |
| | D.T. | ,87 | ,84 | 1,04 | | ,82 | ,93 | |
| La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos | Media | 4,38 | 4,44 | 4,07 | 0.02 | 4,37 | 4,40 | ns |
| | D.T. | 1,01 | ,96 | 1,23 | | 1,01 | 1,01 | |
| La incertidumbre que acompaña el proceso de morir | Media | 4,05 | 4,12 | 3,69 | 0.03 | 4,08 | 4,02 | ns |
| | D.T. | 1,07 | 1,00 | 1,36 | | 1,03 | 1,13 | |
| La muerte de la persona más querida | Media | 22,73 | 22,80 | 22,32 | ns | 22,86 | 22,55 | ns |
| | D.T. | 2,83 | 2,70 | 3,46 | | 2,67 | 3,04 | |
| Su pérdida definitiva | Media | 4,73 | 4,76 | 4,54 | ns | 4,76 | 4,68 | ns |
| | D.T. | ,60 | ,53 | ,86 | | ,51 | ,70 | |
| El hecho de que no podré verla, sentirla u oirla nunca más | Media | 4,69 | 4,71 | 4,59 | ns | 4,73 | 4,64 | ns |
| | D.T. | ,62 | ,57 | ,82 | | ,56 | ,68 | |
| No poder comunicarme con ella nunca más | Media | 4,65 | 4,67 | 4,57 | ns | 4,68 | 4,61 | ns |
| | D.T. | ,66 | ,62 | ,82 | | ,64 | ,68 | |
| Arrepentirme de no aprovechar su compañía cuando estaba viva | Media | 4,31 | 4,30 | 4,37 | ns | 4,31 | 4,30 | ns |
| | D.T. | ,98 | ,99 | ,95 | | ,98 | ,98 | |
| Sentirme solo/a sin ella | Media | 4,35 | 4,37 | 4,24 | ns | 4,37 | 4,31 | ns |
| | D.T. | ,85 | ,83 | ,97 | | ,85 | ,86 | |
| El proceso de morir de la persona más querida | Media | 22,01 | 22,11 | 21,49 | ns | 22,15 | 21,83 | ns |
| | D.T. | 3,26 | 3,16 | 3,75 | | 3,25 | 3,27 | |
| Contemplar su dolor y sufrimiento | Media | 4,58 | 4,60 | 4,46 | 0.049 | 4,60 | 4,56 | ns |
| | D.T. | ,72 | ,72 | ,72 | | ,71 | ,73 | |
| Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas | Media | 4,10 | 4,09 | 4,16 | ns | 4,11 | 4,10 | ns |
| | D.T. | 1,02 | 1,01 | 1,05 | | 1,03 | 1,01 | |
| Contemplar su deterioro mental | Media | 4,41 | 4,40 | 4,46 | ns | 4,43 | 4,38 | ns |
| | D.T. | ,83 | ,84 | ,78 | | ,86 | ,79 | |
| Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos | Media | 4,37 | 4,41 | 4,12 | ns | 4,40 | 4,33 | ns |
| | D.T. | 1,01 | ,95 | 1,27 | | ,98 | 1,05 | |
| Sentirme sin recursos para ayudarla | Media | 4,55 | 4,60 | 4,28 | 0.032 | 4,61 | 4,47 | ns |
| | D.T. | ,88 | ,81 | 1,18 | | ,79 | 1,00 | |

Tabla 2.2.71 Resultados de las cuatro subescalas de la escala de ansiedad ante la muerte.

De la tabla anterior (Tabla 2.2.71), queremos resaltar que las **mujeres** muestran una preocupación estadísticamente significativa en los siguientes ítems:

- *que nadie te recuerde tras la muerte*
- *el propio proceso de morir*
- *un dolor continuo insoportable*
- *la posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos*
- *la incertidumbre que acompaña el proceso de morir*
- *contemplar el dolor y sufrimiento de la persona querida*
- *sentirse sin recursos para ayudar a la persona querida*

En relación con la comunidad, **Cataluña** muestra una preocupación estadísticamente significativa en los siguientes ítems:

- *un dolor continuo insoportable*
- *la pérdida de control de las funciones fisiológicas*
- *el deterioro de mis facultades mentales*

El análisis estadístico realizado mediante la prueba de Wilcoxon para comparar tu propia muerte con la muerte de la persona querida, revela que se valora significativamente más la muerte de la persona querida. En el mismo sentido, el proceso de morir más valorado es el de la persona querida.

En la Tabla 2.2.72, se muestran los resultados de comparar la subescala 1 o bloque 1, (miedo a la propia muerte), con la subescala o bloque 2 (miedo a mi proceso de morir). De forma estadísticamente significativa hay **más miedo a mi muerte que a mi proceso de morir**.

Prueba de muestras relacionadas

| | | Diferencias relacionadas | | | | t | gl | Sig. (bilateral) | |
|-------|---------------------|--------------------------|-----------------|------------------------|---|---------|---------|------------------|----------|
| | | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | | | |
| | | | | | Inferior | | | | Superior |
| Par 1 | PM_BLOC1 - PM_BLOC2 | -2,7896 | 4,60293 | ,21894 | -3,2199 | -2,3593 | -12,741 | 441 | ,000 |

Tabla 2.2.72 *Resultados del análisis estadístico entre tengo miedo a mi muerte y tengo miedo a mi proceso de morir.*

Como se desprende de los resultados de la Tabla 2.2.73, genera más miedo la muerte de la persona querida que su proceso de morir.

Prueba de muestras relacionadas

| | | Diferencias relacionadas | | | | t | gl | Sig. (bilateral) | |
|-------|---------------------|--------------------------|-----------------|------------------------|---|--------|-------|------------------|----------|
| | | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | | | |
| | | | | | Inferior | | | | Superior |
| Par 1 | PM_BLOC3 - PM_BLOC4 | ,7182 | 3,11549 | ,14853 | ,4263 | 1,0101 | 4,835 | 439 | ,000 |

Tabla 2.2.73 *Resultados del análisis estadístico entre tengo miedo a la muerte de la persona querida y tengo miedo al proceso de morir de la persona querida.*

En la Tabla 2.2.74, se reflejan los resultados de comparar lo relacionado con mi muerte y mi proceso de morir, y la muerte y el proceso de morir de la persona querida. Los resultados dan a entender de forma estadísticamente significativa, que hay **más miedo a la muerte y el proceso de morir de la persona querida.**

Prueba de muestras relacionadas

| | | Diferencias relacionadas | | | | t | gl | Sig. (bilateral) | |
|-------|---------------------|--------------------------|-----------------|------------------------|---|--------|--------|------------------|----------|
| | | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | | | |
| | | | | | Inferior | | | | Superior |
| Par 1 | BLOC_3_4 - BLOC_1_2 | 4,7062 | 6,19159 | ,29551 | 4,1254 | 5,2869 | 15,926 | 438 | ,000 |

Tabla 2.2.74 *Resultados del análisis estadístico entre tengo miedo a mi muerte y a mi proceso de morir, y tengo miedo de la muerte de la persona querida y tengo miedo de su proceso de morir.*

En la Tabla 2.2.75, se presentan los resultados de la relación existente entre Inteligencia Emocional y la subescala miedo a mi propia muerte. Los resultados que muestra esta Tabla reflejan que a **más atención a los sentimientos y menos claridad de los mismos, existe más miedo a mi propia muerte.**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. |
|--------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 9,890 | 2,346 | 0,035 | 0,035 | ,000 |
| | ATENCION A LOS SENTIMIENTOS | 2,416 | ,643 | | | ,000 |
| 2 | (Constante) | 14,920 | 2,921 | 0,055 | 0,020 | ,000 |
| | ATENCION A LOS SENTIMIENTOS | 2,427 | ,637 | | | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -1,561 | ,549 | | | ,005 |

a Variable dependiente: bloque propia muerte

Tabla 2.2.75 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a la propia muerte.*

Variables excluidas^c

| Modelo | | Beta dentro | t | Sig. | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|--------|------------------------------|--------------------|--------|------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | Tolerancia |
| 1 | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -,140 ^a | -2,846 | ,005 | -,143 | 1,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,123 ^a | -2,490 | ,013 | -,125 | 1,000 |
| 2 | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,076 ^b | -1,381 | ,168 | -,070 | ,804 |

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), ATENCION A LOS SENTIMIENTOS

b. Variables predictoras en el modelo: (Constante), ATENCION A LOS SENTIMIENTOS, CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS

c. Variable dependiente: bloque propia muerte

Tabla 2.2.76 *Descripción de las variables excluidas del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a la propia muerte.*

En la Tabla 2.2.77, se puede observar como a **menor claridad de sentimientos, más miedo al propio proceso de morir.**

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. | |
|--------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|-------|------|
| | B | Error típ. | | | | |
| 1 | (Constante) | 26,051 | 1,425 | 0,028 | 0,028 | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -1,449 | ,435 | | | ,001 |

Tabla 2.2.77 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a mi propio proceso de morir.*

Variables excluidas

| Modelo | Beta dentro | t | Sig. | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad | |
|--------|-----------------------------|--------------------|-------|---------------------|------------------------------|-------|
| | | | | | Tolerancia | |
| 1 | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | ,061 ^a | 1,226 | ,221 | ,062 | 1,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,013 ^a | -,238 | ,812 | -,012 | ,805 |

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS

Tabla 2.2.78 *Descripción de las variables excluidas del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a mi propio proceso de morir.*

La Tabla 2.2.79, refleja que a **más atención a los sentimientos y menos claridad y reparación** de los mismos, existe **más miedo a la muerte de la persona querida.**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. |
|--------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 16,246 | 1,418 | 0,052 | 0,052 | ,000 |
| | ATENCION A LOS SENTIMIENTOS | 1,801 | ,388 | | | ,000 |
| 2 | (Constante) | 21,029 | 1,734 | 0,101 | 0,049 | ,000 |
| | ATENCION A LOS SENTIMIENTOS | 1,805 | ,379 | | | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -1,478 | ,323 | | | ,000 |
| 3 | (Constante) | 22,123 | 1,802 | 0,111 | 0,010 | ,000 |
| | ATENCION A LOS SENTIMIENTOS | 1,791 | ,377 | | | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -1,145 | ,358 | | | ,002 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,645 | ,306 | | | ,035 |

a Variable dependiente: bloque miedo a la muerte de la persona querida

Tabla 2.2.79 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a la muerte de la persona querida.*

Variables excluidas

| Modelo | | Beta dentro | t | Sig. | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|--------|------------------------------|--------------------|--------|------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | Tolerancia |
| 1 | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -,221 ^a | -4,577 | ,000 | -,227 | 1,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,188 ^a | -3,874 | ,000 | -,193 | 1,000 |
| 2 | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,113 ^b | -2,112 | ,035 | -,107 | ,806 |

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), ATENCION A LOS SENTIMIENTOS

b. Variables predictoras en el modelo: (Constante), ATENCION A LOS SENTIMIENTOS, CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS

Tabla 2.2.80 *Descripción de las variables excluidas del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a la muerte de la persona querida.*

En la Tabla 2.2.81, se muestra que a **menos claridad en los sentimientos**, existe **más miedo al proceso de morir de la persona querida**.

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. |
|--------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 25,394 | 1,304 | 0,017 | 0,017 | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -1,042 | ,398 | | | ,009 |

a Variable dependiente: bloque miedo al proceso de morir de la persona querida

Tabla 2.2.82 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo al proceso de morir de la persona querida.*

VARIABLES EXCLUIDAS

| Modelo | | Beta dentro | t | Sig. | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|--------|-----------------------------|--------------------|-------|------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | Tolerancia |
| 1 | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | ,083 ^a | 1,653 | ,099 | ,084 | 1,000 |
| | REPARACIÓN DE LAS EMOCIONES | -,055 ^a | -,980 | ,328 | -,050 | ,805 |

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS

Tabla 2.2.83 Descripción de las variables excluidas del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de inteligencia emocional que influyen sobre el miedo al proceso de morir de la persona querida.

A menor claridad de los sentimientos y más atención a los mismos, se tendrá más miedo a la propia muerte y al propio proceso de morir (Tabla 2.2. 84).

Coeficientes(a)

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. |
|--------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 49,754 | 2,737 | 0,032 | 0,032 | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -3,001 | ,836 | | | ,000 |
| 2 | (Constante) | 38,742 | 4,403 | 0,056 | 0,024 | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -3,015 | ,827 | | | ,000 |
| | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | 3,045 | ,960 | | | ,002 |

a Variable dependiente: bloque miedo a mi muerte y mi proceso de morir

Tabla 2.2.84 Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a mi muerte y mi proceso de morir.

VARIABLES EXCLUIDAS

| Modelo | | Beta dentro | t | Sig. | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|--------|-----------------------------|--------------------|--------|------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | Tolerancia |
| 1 | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | ,156 ^a | 3,171 | ,002 | ,159 | 1,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,059 ^a | -1,058 | ,291 | -,054 | ,805 |
| 2 | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,057 ^b | -1,034 | ,302 | -,052 | ,805 |

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS

b. Variables predictoras en el modelo: (Constante), CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS, ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS

Tabla 2.2.85 *Descripción de las variables excluidas del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de la Inteligencia Emocional sobre el miedo a mi muerte y mi proceso de morir.*

En la Tabla 2.2.86, se puede observar que a **menor claridad de los sentimientos** y **más atención** a los mismos, hay **más miedo a la muerte y al proceso de morir de la persona querida**.

COEFICIENTES(a)

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | Sig. |
|--------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|----------------------|------|
| | | B | Error típ. | | | |
| 1 | (Constante) | 52,923 | 2,052 | 0,039 | 0,039 | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -2,504 | ,627 | | | ,000 |
| 2 | (Constante) | 43,352 | 3,314 | 0,071 | 0,032 | ,000 |
| | CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS | -2,509 | ,617 | | | ,000 |
| | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | 2,639 | ,724 | | | ,000 |

a Variable dependiente: bloque muerte y proceso de morir de la persona querida.

Tabla 2.2.86 *Resultados del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de la Inteligencia Emocional que influyen sobre el miedo a la muerte y el proceso de morir de la persona querida.*

Variables excluidas

| Modelo | | Beta dentro | t | Sig. | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|--------|-----------------------------|--------------------|--------|------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | Tolerancia |
| 1 | ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS | ,179 ^a | 3,644 | ,000 | ,182 | 1,000 |
| | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,095 ^a | -1,715 | ,087 | -,087 | ,806 |
| 2 | REPARACION DE LAS EMOCIONES | -,091 ^b | -1,677 | ,094 | -,085 | ,806 |

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS

b. Variables predictoras en el modelo: (Constante), CLARIDAD EN LOS SENTIMIENTOS, ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS

Tabla 2.2.87 *Descripción de las variables excluidas del análisis de Regresión lineal para determinar las áreas de Inteligencia Emocional que sobre el miedo a la muerte y el proceso de morir de la persona querida.*

Dada la relación existente entre Inteligencia Emocional y otras variables de este estudio, se ha creído oportuno analizar si existe la misma relación a partir del nivel o grado emocional. Es decir, se ha querido averiguar si existe la misma relación partiendo de los percentiles de las tres áreas. Percentil 25, percentil 25/75 y percentil 75. En la Tabla 2.2.88, se reflejan los resultados en el área de Atención emocional, en donde se puede observar que el grupo de Atención emocional superior al percentil 75 muestra un deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer y de sida, superior al grupo de atención emocional entre el percentil 25 y 75.

Scheffé

| Variable dependiente | (I) Atención | (J) Atención | Diferencia de medias (I-J) | Sig. | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|--------------|--------------|----------------------------|------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | < p25 | p25-p75 | ,14609 | ,712 | -,2889 | ,5811 |
| | | >p75 | -,33829 | ,218 | -,8135 | ,1369 |
| | p25-p75 | >p75 | -,48439* | ,016 | -,8968 | -,0719 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | < p25 | p25-p75 | ,36724 | ,160 | -,1029 | ,8373 |
| | | >p75 | -,28291 | ,401 | -,7965 | ,2307 |
| | p25-p75 | >p75 | -,65014* | ,002 | -1,0959 | -,2044 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | < p25 | p25-p75 | ,06894 | ,943 | -,4233 | ,5612 |
| | | >p75 | ,03677 | ,986 | -,5005 | ,5740 |
| | p25-p75 | >p75 | -,03218 | ,986 | -,4990 | ,4346 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | < p25 | p25-p75 | ,15395 | ,676 | -,2732 | ,5811 |
| | | >p75 | -,08961 | ,895 | -,5563 | ,3770 |
| | p25-p75 | >p75 | -,24356 | ,337 | -,6486 | ,1615 |
| Tengo miedo a los muertos | < p25 | p25-p75 | -,47152 | ,101 | -1,0114 | ,0684 |
| | | >p75 | -,58428 | ,053 | -1,1741 | ,0056 |
| | p25-p75 | >p75 | -,11276 | ,864 | -,6247 | ,3992 |
| Tengo miedo a la muerte | < p25 | p25-p75 | -,31268 | ,463 | -,9312 | ,3058 |
| | | >p75 | -,48776 | ,210 | -1,1652 | ,1896 |
| | p25-p75 | >p75 | -,17508 | ,767 | -,7649 | ,4147 |
| Competencia percibida Bugen | < p25 | p25-p75 | ,87002 | ,882 | -3,3944 | 5,1345 |
| | | >p75 | -1,68186 | ,675 | -6,3432 | 2,9795 |
| | p25-p75 | >p75 | -2,55188 | ,303 | -6,6045 | 1,5008 |
| Autoeficacia total | < p25 | p25-p75 | 1,05437 | ,707 | -2,0539 | 4,1626 |
| | | >p75 | ,82928 | ,835 | -2,5650 | 4,2235 |
| | p25-p75 | >p75 | -,22509 | ,983 | -3,1712 | 2,7210 |

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 2.2.88 *Comparación de niveles de atención emocional en cuanto al deseo de trabajar con enfermos terminales, miedo a la muerte y a los muertos, Competencia Percibida y Autoeficacia.*

En la Tabla 2.2.89, el grupo de Claridad emocional superior al percentil 75 muestra un miedo a los muertos inferior al grupo de Claridad emocional inferior al percentil 25.

En cuanto a la Competencia Percibida de Bugen y la Autoeficacia total, se puede afirmar, que al aumentar la Claridad emocional aumentan ambas significativamente.

Scheffé

| Variable dependiente | (I) Claridad | (J) Claridad | Diferencia de medias (I-J) | Sig. | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|--------------|--------------|----------------------------|------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | < p25 | p25-p75 | -,11415 | ,828 | -,5702 | ,3419 |
| | | >p75 | -,07513 | ,938 | -,5896 | ,4394 |
| | p25-p75 | >p75 | ,03902 | ,974 | -,3784 | ,4564 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | < p25 | p25-p75 | ,15944 | ,723 | -,3263 | ,6452 |
| | | >p75 | -,07484 | ,945 | -,6228 | ,4731 |
| | p25-p75 | >p75 | -,23428 | ,433 | -,6789 | ,2103 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | < p25 | p25-p75 | ,06227 | ,954 | -,4368 | ,5614 |
| | | >p75 | -,26507 | ,513 | -,8278 | ,2976 |
| | p25-p75 | >p75 | -,32734 | ,214 | -,7842 | ,1295 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | < p25 | p25-p75 | ,09038 | ,878 | -,3455 | ,5263 |
| | | >p75 | -,14509 | ,769 | -,6368 | ,3466 |
| | p25-p75 | >p75 | -,23548 | ,350 | -,6344 | ,1635 |
| Tengo miedo a los muertos | < p25 | p25-p75 | ,49983 | ,084 | -,0507 | 1,0504 |
| | | >p75 | ,95033* | ,001 | ,3276 | 1,5730 |
| | p25-p75 | >p75 | ,45050 | ,092 | -,0548 | ,9558 |
| Tengo miedo a la muerte | < p25 | p25-p75 | ,26230 | ,598 | -,3725 | ,8971 |
| | | >p75 | ,64299 | ,089 | -,0731 | 1,3591 |
| | p25-p75 | >p75 | ,38068 | ,275 | -,2003 | ,9617 |
| Competencia percibida Bugen | < p25 | p25-p75 | -3,76482 | ,102 | -8,0835 | ,5538 |
| | | >p75 | -8,92248* | ,000 | -13,7789 | -4,0661 |
| | p25-p75 | >p75 | -5,15766* | ,006 | -9,0754 | -1,2399 |
| Autoeficacia total | < p25 | p25-p75 | -2,39750 | ,165 | -5,4917 | ,6967 |
| | | >p75 | -6,05710* | ,000 | -9,5800 | -2,5342 |
| | p25-p75 | >p75 | -3,65960* | ,008 | -6,5344 | -,7848 |

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 2.2.89 *Comparación de niveles de Claridad emocional en cuanto al deseo de trabajar con enfermos terminales, miedo a la muerte y a los muertos, Competencia Percibida y Autoeficacia.*

El grupo de Reparación emocional superior al percentil 75 muestra un deseo de trabajar con enfermos terminales de sida y de raza gitana superior al grupo de Reparación emocional inferior al percentil 25 (Tabla 2.2.90).

El grupo de Reparación emocional inferior al percentil 25 muestra un miedo a los muertos superior a los demás grupos. Por otro lado, el grupo de Reparación emocional inferior al percentil 25 muestra un miedo a los muertos, superior al grupo de Reparación emocional superior al percentil 75 (Tabla 2.2.90).

En cuanto a la Competencia Percibida de Bugen y la Autoeficacia total, podemos afirmar que al aumentar la Reparación emocional aumentan ambas significativamente (Tabla 2.2.90).

Scheffé

| Variable dependiente | (I) Reparación | (J) Reparación | Diferencia de medias (I-J) | Sig. | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|----------------|----------------|----------------------------|------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| deseo trabajar enfermos terminales cáncer | < p25 | p25-p75 | -,22561 | ,401 | -,6350 | ,1838 |
| | | >p75 | -,45103 | ,094 | -,9588 | ,0568 |
| | p25-p75 | >p75 | -,22543 | ,489 | -,6879 | ,2370 |
| deseo trabajar enfermos terminales de sida | < p25 | p25-p75 | -,28987 | ,261 | -,7239 | ,1442 |
| | | >p75 | -,58915* | ,028 | -1,1275 | -,0508 |
| | p25-p75 | >p75 | -,29928 | ,326 | -,7895 | ,1910 |
| deseo trabajar enfermos terminales geriátricos | < p25 | p25-p75 | -,21518 | ,496 | -,6614 | ,2310 |
| | | >p75 | -,28560 | ,448 | -,8385 | ,2673 |
| | p25-p75 | >p75 | -,07042 | ,943 | -,5731 | ,4323 |
| deseo trabajar enfermos terminales de raza gitana | < p25 | p25-p75 | -,22467 | ,367 | -,6142 | ,1648 |
| | | >p75 | -,63954* | ,005 | -1,1226 | -,1565 |
| | p25-p75 | >p75 | -,41487 | ,070 | -,8548 | ,0250 |
| Tengo miedo a los muertos | < p25 | p25-p75 | ,61765* | ,009 | ,1269 | 1,1084 |
| | | >p75 | ,79045* | ,006 | ,1844 | 1,3965 |
| | p25-p75 | >p75 | ,17280 | ,744 | -,3791 | ,7247 |
| Tengo miedo a la muerte | < p25 | p25-p75 | ,17410 | ,753 | -,3936 | ,7418 |
| | | >p75 | ,77383* | ,026 | ,0727 | 1,4749 |
| | p25-p75 | >p75 | ,59972 | ,070 | -,0372 | 1,2367 |
| Competencia percibida Bugen | < p25 | p25-p75 | -3,97386* | ,042 | -7,8372 | -,1105 |
| | | >p75 | -9,50915* | ,000 | -14,2555 | -4,7627 |
| | p25-p75 | >p75 | -5,53529* | ,007 | -9,8553 | -1,2153 |
| Autoeficacia total | < p25 | p25-p75 | -3,42866* | ,010 | -6,1797 | -,6777 |
| | | >p75 | -7,16800* | ,000 | -10,5827 | -3,7533 |
| | p25-p75 | >p75 | -3,73934* | ,014 | -6,8575 | -,6211 |

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 2.2.90 *Comparación de niveles de reparación emocional en cuanto al deseo de trabajar con enfermos terminales, miedo a la muerte y a los muertos, Competencia Percibida y Autoeficacia.*

- **Cuestionario sobre aspectos que ayudarían a morir en paz**

A través del cuestionario elaborado por Bayés *et al* (2000), se intenta analizar los aspectos que ayudarían a morir en paz. Las respuestas pueden ir desde *no me ayudaría nada* con una puntuación de uno hasta *me ayudaría muchísimo* con una puntuación de 5. Al finalizar el cuestionario se le pide al sujeto que de todos los aspectos anteriormente citados, señale el que más le ayudaría y a continuación el segundo aspecto que más le ayudaría a morir en paz.

En las Tablas 2.2.91 y 2.2.92, se pueden observar los resultados por comunidad y sexo respectivamente. El aspecto más valorado que ayudaría a morir en paz por comunidad es el hecho de *poder sentirse cerca y comunicarse con las personas queridas*. En Cataluña la

media es de 4,38 y en Andalucía de 4,31. Por otro lado, a nivel de sexos, las mujeres con una media de 4,37 y los hombres con una media de 4,35, también valoran como lo que más ayudaría a morir en paz el mismo aspecto, es decir, *sentirse cerca y comunicarse con los seres queridos*. Cabe resaltar que a los alumnos de la comunidad andaluza, les ayudaría a morir en paz de forma estadísticamente significativa, *el creer en otra vida después de la muerte* (Tabla 2.2.91).

| | | N | Media | Desviación típica | Sig. |
|--|-----------|-----|--------|-------------------|------|
| lo que me ayuda a morir médicos control del dolor | Cataluña | 253 | 3,7866 | ,97279 | ,780 |
| | Andalucía | 188 | 3,7606 | ,94848 | |
| | Total | 441 | 3,7755 | ,96150 | |
| proceso de morir será corto | Cataluña | 250 | 3,8120 | 1,08321 | ,095 |
| | Andalucía | 187 | 3,9840 | 1,03423 | |
| | Total | 437 | 3,8856 | 1,06474 | |
| podré controlar pensamientos y funcion. fisiológicas | Cataluña | 252 | 4,0794 | 1,00281 | ,652 |
| | Andalucía | 188 | 4,0372 | ,92134 | |
| | Total | 440 | 4,0614 | ,96799 | |
| mi muerte no supondrá carga insoportable | Cataluña | 252 | 3,9643 | 1,13031 | ,909 |
| | Andalucía | 188 | 3,9521 | 1,06115 | |
| | Total | 440 | 3,9591 | 1,10008 | |
| sentirme cerca, comunicarme con persona queridas | Cataluña | 253 | 4,3755 | ,82454 | ,406 |
| | Andalucía | 188 | 4,3085 | ,85314 | |
| | Total | 441 | 4,3469 | ,83655 | |
| que no se prolongará mi vida artificialmente | Cataluña | 253 | 3,8024 | 1,11291 | ,650 |
| | Andalucía | 187 | 3,7540 | 1,09418 | |
| | Total | 440 | 3,7818 | 1,10399 | |
| que mi vida ha tenido un sentido | Cataluña | 252 | 4,2063 | ,89991 | ,690 |
| | Andalucía | 187 | 4,2406 | ,87428 | |
| | Total | 439 | 4,2210 | ,88824 | |
| creer en otra vida después de la muerte | Cataluña | 252 | 2,8889 | 1,24793 | ,008 |
| | Andalucía | 188 | 3,2128 | 1,29476 | |
| | Total | 440 | 3,0273 | 1,27681 | |
| no sentirme culpable por conflictos personales | Cataluña | 252 | 3,7063 | 1,15402 | ,195 |
| | Andalucía | 188 | 3,8457 | 1,06104 | |
| | Total | 440 | 3,7659 | 1,11614 | |
| pensar que se me ayudará a morir con rapidez | Cataluña | 252 | 3,9087 | 1,03119 | ,152 |
| | Andalucía | 187 | 3,7594 | 1,13633 | |
| | Total | 439 | 3,8451 | 1,07850 | |
| pensar que podré morir en casa | Cataluña | 251 | 3,0438 | 1,11448 | ,234 |
| | Andalucía | 188 | 3,1755 | 1,18639 | |
| | Total | 439 | 3,1002 | 1,14636 | |

Tabla 2.2.91 *Descriptiva y análisis estadístico de los aspectos que ayudarían a morir en paz en función de la comunidad autónoma.*

| | | N | Media | Desviación típica | Sig. |
|--|--------|-----|--------|----------------------|------|
| lo que me ayuda a morir médicos control del dolor | mujer | 374 | 3,7834 | ,93982 | |
| | hombre | 67 | 3,7313 | 1,08127 | |
| | Total | 441 | 3,7755 | ,96150 | |
| proceso de morir será corto | mujer | 371 | 3,8895 | 1,05583 | |
| | hombre | 66 | 3,8636 | 1,12162 | |
| | Total | 437 | 3,8856 | 1,06474 | |
| podré controlar pensamientos y funcion. fisiológicas | mujer | 373 | 4,0375 | ,97754 | |
| | hombre | 67 | 4,1940 | ,90853 | |
| | Total | 440 | 4,0614 | ,96799 | |
| mi muerte no supondrá carga insoportable | mujer | 373 | 3,9651 | 1,09317 | |
| | hombre | 67 | 3,9254 | 1,14566 | |
| | Total | 440 | 3,9591 | 1,10008 | |
| sentirme cerca, comunicarme con persona queridas | mujer | 374 | 4,3717 | ,82738 | |
| | hombre | 67 | 4,2090 | ,87969 | |
| | Total | 441 | 4,3469 | ,83655 | |
| que no se prolongará mi vida artificialmente | mujer | 373 | 3,7828 | 1,08436 | |
| | hombre | 67 | 3,7761 | 1,21631 | |
| | Total | 440 | 3,7818 | 1,10399 | |
| que mi vida ha tenido un sentido | mujer | 373 | 4,2038 | ,89880 | |
| | hombre | 66 | 4,3182 | ,82572 | |
| | Total | 439 | 4,2210 | ,88824 | |
| creer en otra vida después de la muerte | mujer | 373 | 3,0697 | 1,24238 | |
| | hombre | 67 | 2,7910 | 1,44114 | |
| | Total | 440 | 3,0273 | 1,27681 | |
| no sentirme culpable por conflictos personales | mujer | 373 | 3,7936 | 1,10850 | |
| | hombre | 67 | 3,6119 | 1,15411 | |
| | Total | 440 | 3,7659 | 1,11614 | |
| pensar que se me ayudará a morir con rapidez | mujer | 372 | 3,8414 | 1,07363 | |
| | hombre | 67 | 3,8657 | 1,11322 | |
| | Total | 439 | 3,8451 | 1,07850 | |
| pensar que podré morir en casa | mujer | 372 | 3,1048 | 1,13141 | |
| | hombre | 67 | 3,0746 | 1,23477 | |
| | Total | 439 | 3,1002 | 1,14636 | |

Tabla 2.2.92 Aspectos que ayudarían a morir en paz por sexos.

En la Tabla 2.2.93 se puede apreciar como el 84,5% de las mujeres y el 77,6% de los hombres escogen como aspecto más valorado para ayudarles a morir en paz *el sentirse cerca de las personas queridas*.

| | | mujer | | hombre | | Total | | P |
|--|----|-------|-------|--------|-------|-------|-------|----|
| | | N | % | N | % | N | % | |
| Pensar que los médicos puedan controlar mi dolor | no | 146 | 39,0% | 27 | 40,3% | 173 | 39,2% | ns |
| | si | 228 | 61,0% | 40 | 59,7% | 268 | 60,8% | |
| Total | | 374 | 100% | 67 | 100% | 441 | 100% | |
| Pensar que mi proceso de morir será corto | no | 119 | 32,1% | 21 | 31,8% | 140 | 32,0% | ns |
| | si | 252 | 67,9% | 45 | 68,2% | 297 | 68,0% | |
| Total | | 371 | 100% | 66 | 100% | 437 | 100% | |
| Pensar que podré controlar pensamientos y funciones fisiológicas | no | 105 | 28,2% | 12 | 17,9% | 117 | 26,6% | ns |
| | si | 268 | 71,8% | 55 | 82,1% | 323 | 73,4% | |
| Total | | 373 | 100% | 67 | 100% | 440 | 100% | |
| Pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable | no | 106 | 28,4% | 20 | 29,9% | 126 | 28,6% | ns |
| | si | 267 | 71,6% | 47 | 70,1% | 314 | 71,4% | |
| Total | | 373 | 100% | 67 | 100% | 440 | 100% | |
| Poder sentirme cerca de mis personas queridas | no | 58 | 15,5% | 15 | 22,4% | 73 | 16,6% | ns |
| | si | 316 | 84,5% | 52 | 77,6% | 368 | 83,4% | |
| Total | | 374 | 100% | 67 | 100% | 441 | 100% | |
| Pensar que no se prolongará mi vida artificialmente | no | 143 | 38,3% | 26 | 38,8% | 169 | 38,4% | ns |
| | si | 230 | 61,7% | 41 | 61,2% | 271 | 61,6% | |
| Total | | 373 | 100% | 67 | 100% | 440 | 100% | |
| Pensar que mi vida ha tenido algún sentido | no | 68 | 18,2% | 9 | 13,6% | 77 | 17,5% | ns |
| | si | 305 | 81,8% | 57 | 86,4% | 362 | 82,5% | |
| Total | | 373 | 100% | 66 | 100% | 439 | 100% | |
| Creer en otra vida después de la muerte | no | 233 | 62,5% | 43 | 64,2% | 276 | 62,7% | ns |
| | si | 140 | 37,5% | 24 | 35,8% | 164 | 37,3% | |
| Total | | 373 | 100% | 67 | 100% | 440 | 100% | |
| No sentirme culpable por conflictos personales | no | 133 | 35,7% | 26 | 38,8% | 159 | 36,1% | ns |
| | si | 240 | 64,3% | 41 | 61,2% | 281 | 63,9% | |
| Total | | 373 | 100% | 67 | 100% | 440 | 100% | |
| Pensar que se me ayudará a morir con rapidez | no | 126 | 33,9% | 21 | 31,3% | 147 | 33,5% | ns |
| | si | 246 | 66,1% | 46 | 68,7% | 292 | 66,5% | |
| Total | | 372 | 100% | 67 | 100% | 439 | 100% | |
| Pensar que podré morir en casa | no | 243 | 65,3% | 42 | 62,7% | 285 | 64,9% | ns |
| | si | 129 | 34,7% | 25 | 37,3% | 154 | 35,1% | |
| Total | | 372 | 100% | 67 | 100% | 439 | 100% | |

Tabla 2.2.93 *Descripción y análisis estadístico mediante la prueba de χ^2 de los aspectos que ayudarían a morir en paz en función de los 11 aspectos que ayudarían a morir en paz.*

Como se desprende de la Tabla 2.2.94, *crear en otra vida después de la muerte y poder morir en casa* son aspectos que de forma significativa, ayudarían a morir en paz a los estudiantes de Andalucía. Por otro lado, cabe resaltar que el 85% de los estudiantes catalanes y más del 81% de los andaluces, eligen el *poder estar cerca de las personas queridas* como aspecto más valorado.

| | | Comunidad | | | | Total | | P |
|--|----|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | | Cataluña | | Andalucía | | N | % | |
| | | N | % | N | % | | | |
| Pensar que los médicos puedan controlar mi dolor | no | 98 | 38,7% | 75 | 39,9% | 173 | 39,2% | ns |
| | si | 155 | 61,3% | 113 | 60,1% | 268 | 60,8% | |
| Total | | 253 | 100% | 188 | 100% | 441 | 100% | |
| Pensar que mi proceso de morir será corto | no | 89 | 35,6% | 51 | 27,3% | 140 | 32,0% | ns |
| | si | 161 | 64,4% | 136 | 72,7% | 297 | 68,0% | |
| Total | | 250 | 100% | 187 | 100% | 437 | 100% | |
| Pensar que podré controlar pensamientos y funciones fisiológicas | no | 64 | 25,4% | 53 | 28,2% | 117 | 26,6% | ns |
| | si | 188 | 74,6% | 135 | 71,8% | 323 | 73,4% | |
| Total | | 252 | 100% | 188 | 100% | 440 | 100% | |
| Pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable | no | 77 | 30,6% | 49 | 26,1% | 126 | 28,6% | ns |
| | si | 175 | 69,4% | 139 | 73,9% | 314 | 71,4% | |
| Total | | 252 | 100% | 188 | 100% | 440 | 100% | |
| Poder sentirme cerca de mis personas queridas | no | 38 | 15,0% | 35 | 18,6% | 73 | 16,6% | ns |
| | si | 215 | 85,0% | 153 | 81,4% | 368 | 83,4% | |
| Total | | 253 | 100% | 188 | 100% | 441 | 100% | |
| Pensar que no se prolongará mi vida artificialmente | no | 95 | 37,5% | 74 | 39,6% | 169 | 38,4% | ns |
| | si | 158 | 62,5% | 113 | 60,4% | 271 | 61,6% | |
| Total | | 253 | 100% | 187 | 100% | 440 | 100% | |
| Pensar que mi vida ha tenido algún sentido | no | 48 | 19,0% | 29 | 15,5% | 77 | 17,5% | ns |
| | si | 204 | 81,0% | 158 | 84,5% | 362 | 82,5% | |
| Total | | 252 | 100% | 187 | 100% | 439 | 100% | |
| Creer en otra vida después de la muerte | no | 169 | 67,1% | 107 | 56,9% | 276 | 62,7% | 0.029 |
| | si | 83 | 32,9% | 81 | 43,1% | 164 | 37,3% | |
| Total | | 252 | 100% | 188 | 100% | 440 | 100% | |
| No sentirme culpable por conflictos personales | no | 94 | 37,3% | 65 | 34,6% | 159 | 36,1% | ns |
| | si | 158 | 62,7% | 123 | 65,4% | 281 | 63,9% | |
| Total | | 252 | 100% | 188 | 100% | 440 | 100% | |
| Pensar que se me ayudará a morir con rapidez | no | 82 | 32,5% | 65 | 34,8% | 147 | 33,5% | ns |
| | si | 170 | 67,5% | 122 | 65,2% | 292 | 66,5% | |
| Total | | 252 | 100% | 187 | 100% | 439 | 100% | |
| Pensar que podré morir en casa | no | 173 | 68,9% | 112 | 59,6% | 285 | 64,9% | 0.042 |
| | si | 78 | 31,1% | 76 | 40,4% | 154 | 35,1% | |
| Total | | 251 | 100% | 188 | 100% | 439 | 100% | |

Tabla 2.2.94 *Aspectos que ayudarían a morir en paz comparando por comunidad el porcentaje de las respuestas positivas o negativas de cada uno de los once once aspectos.*

De las Tablas 2.2.95 y 2.2.96, se deduce que cerca del 39% de las mujeres y más del 29% de los hombres señalan que el aspecto que más les ayudaría a morir en paz es el *poder estar cerca de los seres queridos en el momento de la muerte*. Lo mismo ocurre por comunidad, siendo el 39% de los estudiantes catalanes y el 35% de los andaluces que escogen como el principal aspecto que les ayudaría a morir en paz, el citado anteriormente.

| me ayuda a morir principal | sexo | | | | | |
|---|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | mujer | | hombre | | Total | |
| | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % |
| médicos controlen el dolor | 38 | 10,5% | 3 | 4,6% | 41 | 9,6% |
| el proceso de morir será corto | 49 | 13,6% | 11 | 16,9% | 60 | 14,1% |
| controlar pensamientos y funciones fisiológicas | 19 | 5,3% | 10 | 15,4% | 29 | 6,8% |
| mi muerte no supondrá carga insoportable | 51 | 14,1% | 7 | 10,8% | 58 | 13,6% |
| sentirme cerca, comunicarme con seres queridos | 140 | 38,8% | 19 | 29,2% | 159 | 37,3% |
| no se prolongará mi vida artificialmente | 8 | 2,2% | 1 | 1,5% | 9 | 2,1% |
| mi vida ha tenido un sentido | 27 | 7,5% | 8 | 12,3% | 35 | 8,2% |
| creer en otra vida después de la muerte | 9 | 2,5% | 2 | 3,1% | 11 | 2,6% |
| no sentirme culpable por conflictos personales | 3 | ,8% | 3 | 4,6% | 6 | 1,4% |
| pensar que se me ayudará a morir con rapidez | 11 | 3,0% | 1 | 1,5% | 12 | 2,8% |
| pensar que podré morir en casa | 6 | 1,7% | 0 | ,0% | 6 | 1,4% |
| Total | 361 | 100,0% | 65 | 100,0% | 426 | 100,0% |

 Tabla 2.2.95 *Aspecto principal que ayudaría a morir en paz por género.*

| me ayuda a morir principal | Comunidad | | | | | |
|---|-----------|--------|-----------|--------|----------|--------|
| | Cataluña | | Andalucía | | Total | |
| | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % |
| médicos controlen el dolor | 26 | 10,8% | 15 | 8,1% | 41 | 9,6% |
| el proceso de morir será corto | 26 | 10,8% | 34 | 18,4% | 60 | 14,1% |
| controlar pensamientos y funciones fisiológicas | 15 | 6,2% | 14 | 7,6% | 29 | 6,8% |
| mi muerte no supondrá carga insoportable | 33 | 13,7% | 25 | 13,5% | 58 | 13,6% |
| sentirme cerca, comunicarme con seres queridos | 94 | 39,0% | 65 | 35,1% | 159 | 37,3% |
| no se prolongará mi vida artificialmente | 7 | 2,9% | 2 | 1,1% | 9 | 2,1% |
| mi vida ha tenido un sentido | 18 | 7,5% | 17 | 9,2% | 35 | 8,2% |
| creer en otra vida después de la muerte | 6 | 2,5% | 5 | 2,7% | 11 | 2,6% |
| no sentirme culpable por conflictos personales | 4 | 1,7% | 2 | 1,1% | 6 | 1,4% |
| pensar que se me ayudará a morir con rapidez | 9 | 3,7% | 3 | 1,6% | 12 | 2,8% |
| pensar que podré morir en casa | 3 | 1,2% | 3 | 1,6% | 6 | 1,4% |
| Total | 241 | 100,0% | 185 | 100,0% | 426 | 100,0% |

 Tabla 2.2.96 *Aspecto principal que ayudaría a morir en paz por comunidad.*

En las Tabla 2.2.97 y 2.2.98, se observa que tanto por género (alrededor del 16% de las mujeres y cerca del 30% de los hombres), como por comunidad (cerca del 18% de los alumnos catalanes frente al 16% de los alumnos andaluces), el segundo aspecto que les ayudaría a morir en paz, sería *pensar que mi vida ha tenido un sentido*.

| me ayuda a morir en segundo lugar | sexo | | | | | |
|---|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | mujer | | hombre | | Total | |
| | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % |
| médicos controlen el dolor | 24 | 6,6% | 3 | 4,7% | 27 | 6,4% |
| el proceso de morir será corto | 27 | 7,5% | 2 | 3,1% | 29 | 6,8% |
| controlar pensamientos y funciones fisiológicas | 33 | 9,1% | 4 | 6,3% | 37 | 8,7% |
| mi muerte no supondrá carga insoportable | 47 | 13,0% | 9 | 14,1% | 56 | 13,2% |
| sentirme cerca, comunicarme con seres queridos | 67 | 18,6% | 13 | 20,3% | 80 | 18,8% |
| no se prolongará mi vida artificialmente | 17 | 4,7% | 2 | 3,1% | 19 | 4,5% |
| mi vida ha tenido un sentido | 58 | 16,1% | 14 | 21,9% | 72 | 16,9% |
| creer en otra vida después de la muerte | 22 | 6,1% | 2 | 3,1% | 24 | 5,6% |
| no sentirme culpable por conflictos personales | 27 | 7,5% | 4 | 6,3% | 31 | 7,3% |
| pensar que se me ayudará a morir con rapidez | 30 | 8,3% | 9 | 14,1% | 39 | 9,2% |
| pensar que podré morir en casa | 9 | 2,5% | 2 | 3,1% | 11 | 2,6% |

Tabla 2.2.97 Segundo aspecto que ayudaría a morir en paz por género.

| me ayuda a morir en segundo lugar | Comunidad | | | | | |
|---|-----------|-------|-----------|-------|----------|-------|
| | Cataluña | | Andalucía | | Total | |
| | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % |
| médicos controlen el dolor | 14 | 5,8% | 13 | 7,1% | 27 | 6,4% |
| el proceso de morir será corto | 19 | 7,9% | 10 | 5,4% | 29 | 6,8% |
| controlar pensamientos y funciones fisiológicas | 21 | 8,7% | 16 | 8,7% | 37 | 8,7% |
| mi muerte no supondrá carga insoportable | 26 | 10,8% | 30 | 16,3% | 56 | 13,2% |
| sentirme cerca, comunicarme con seres queridos | 44 | 18,3% | 36 | 19,6% | 80 | 18,8% |
| no se prolongará mi vida artificialmente | 12 | 5,0% | 7 | 3,8% | 19 | 4,5% |
| mi vida ha tenido un sentido | 43 | 17,8% | 29 | 15,8% | 72 | 16,9% |
| creer en otra vida después de la muerte | 16 | 6,6% | 8 | 4,3% | 24 | 5,6% |
| no sentirme culpable por conflictos personales | 12 | 5,0% | 19 | 10,3% | 31 | 7,3% |
| pensar que se me ayudará a morir con rapidez | 29 | 12,0% | 10 | 5,4% | 39 | 9,2% |
| pensar que podré morir en casa | 5 | 2,1% | 6 | 3,3% | 11 | 2,6% |

Tabla 2.2.98 Segundo aspecto que ayudaría a morir en paz por comunidad.

En la Tabla 2.2.99, se muestran los resultados de la prueba realizada (χ^2) para comparar el primer y segundo aspectos que se creen más importantes en función de género y comunidad. Sólo se han observado diferencias significativas al comparar el aspecto principal y género. Es decir, los hombres valoran más el *controlar pensamientos y funciones fisiológicas* y *no sentirse culpable por conflictos personales*, que las mujeres, no habiendo diferencias significativas en los demás aspectos.

Pruebas de chi-cuadrado

| Chi-cuadrado de Pearson | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|---------------------------------|--------|-------|-----------------------------|
| aspecto principal vs. sexo | 21,412 | 10 | ,018 |
| aspecto principal vs. comunidad | 9,817 | 10 | ,457 |
| segundo aspecto vs. sexo | 6,888 | 10 | ,736 |
| segundo aspecto vs. comunidad | 15 | 10,00 | ,138 |

Tabla 2.2.99 *Resultados estadísticos de comparar el primer y segundo aspecto que ayudaría a morir en paz.*

• **Participación en la asignatura de cuidados paliativos**

En la Tabla 2.2.100, se puede observar que cerca del 80% de los alumnos de Cataluña (Escuela de Enfermería de Lleida y Escuela de Enfermería de Vic), han participado en la asignatura de introducción a los cuidados paliativos. En la comunidad de Andalucía, esta materia no se imparte en las escuelas que participaron en esta investigación.

| | | | ¿Has hecho la asignatura de Cuidados Paliativos? | | | | Total | |
|-----------|-------|---------|--|-------|----|-------|-------|--------|
| | | | si | | no | | N | % |
| comunidad | | | N | % | N | % | | |
| Cataluña | curso | tercero | 69 | 71,9% | 19 | 19,8% | 88 | 91,7% |
| | | mujer | | | | | | |
| | | hombre | 6 | 6,3% | 2 | 2,1% | 8 | 8,3% |
| | Total | | 75 | 78,1% | 21 | 21,9% | 96 | 100,0% |

Tabla 2.2.100 *Porcentaje de alumnos que han participado en la asignatura de Cuidados Paliativos.*

• **Realización de prácticas clínicas**

El 27,4% de los alumnos en Cataluña y el 15% en Andalucía han hecho prácticas clínicas con enfermos terminales en unidades tanto de atención primaria como hospitalaria (Tabla 2.2.101)

| comunidad | | | | ¿has hecho prácticas clínicas con enfermos terminales? | | | | Total | |
|-----------|-------|---------|--------|--|-------|----|-------|-------|-------|
| | | | | si | | no | | N | % |
| | | | | N | % | N | % | | |
| Cataluña | curso | tercero | mujer | 29 | 25,7% | 59 | 52,2% | 88 | 77,9% |
| | | | hombre | 2 | 1,8% | 6 | 5,3% | 8 | 7,1% |
| | | | Total | 31 | 27,4% | 65 | 57,5% | 96 | 85,0% |
| Andalucía | curso | segundo | mujer | 12 | 10,6% | 0 | ,0% | 12 | 10,6% |
| | | | hombre | 5 | 4,4% | 0 | ,0% | 5 | 4,4% |
| | | | Total | 17 | 15,0% | 0 | ,0% | 17 | 15,0% |

Tabla 2.2.101 *Porcentaje de alumnos que han hecho prácticas clínicas con enfermos terminales.*

El análisis de Regresión Logística llevado a cabo muestra que ninguno de los tres factores analizados (comunidad, curso y género), muestra relación con haber realizado prácticas clínicas con enfermos terminales (Ver Tabla 2.2.102).

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|---------|----------|------|----|------|---------|
| comunita | -22,039 | 9725,494 | ,000 | 1 | ,998 | ,000 |
| sexo | ,388 | ,847 | ,210 | 1 | ,647 | 1,475 |
| Constante | 22,361 | 9725,495 | ,000 | 1 | ,998 | 5,1E+09 |

Tabla 2.2.102 *Resultados del Análisis de Regresión Logística.*

2.2.5. Discusión estudio principal

El desarrollo de este apartado se va a realizar en base a los resultados más significativos obtenidos de las variables analizadas en este estudio principal, y partiendo de los instrumentos que se han utilizado para el análisis de dichas variables.

- **Aspectos sociodemográficos: sexo, edad y comunidad**

El número total de alumnos que participaron en este estudio control fue de 444, de los cuales, 254 pertenecían a Cataluña, y 190 a Andalucía. La media de edad fue de 20,53 años con una desviación típica de 3,71, y un rango de la edad que oscila entre 17 y 43 años. El 25,3% de los alumnos de Andalucía fueron hombres frente al 7,5% de los participantes del sexo masculino en Cataluña. Un análisis de este dato, nos sugiere que los hombres en Andalucía tienen más facilidad o se sienten más cómodos en una profesión en donde los sentimientos y las emociones están presentes de forma cotidiana en el trabajo. Como expondremos más adelante al referirnos al tema de la Inteligencia Emocional, los alumnos andaluces presentan un nivel más elevado en la claridad de los sentimientos y en la reparación de las emociones que los alumnos de Cataluña. Así pues, es probable que esta capacidad emocional sea uno de los factores que pueda explicar el mayor porcentaje de hombres en los estudios de Enfermería en la comunidad andaluza. Un ejemplo de esta superior capacidad emocional o de la tradición social, lo podemos encontrar en el hecho de que en todas las hermandades y cofradías encargadas de la celebración de los pasos de la Semana Santa andaluza, son los hombres los que llevan a término todo el entramado de las procesiones de la Semana Santa tanto en Sevilla, como en otras capitales andaluzas. Por otro lado, informados del número de alumnos matriculados en los últimos cinco años, tanto en las escuelas de Enfermería de Andalucía, como en las de la comunidad catalana, se sigue la misma tónica. Es decir, el porcentaje de alumnos del género masculino matriculados es significativamente mayor en la comunidad andaluza.

- **Lugar de residencia habitual**

En Andalucía cerca del 60% de los estudiantes viven en poblaciones de más de 100.000 habitantes mientras que en Cataluña este porcentaje se reduce al 24%. La idea de incorporar esta variable en el presente estudio, fue el averiguar si el hecho de vivir en un entorno determinado puede influir de alguna manera, en el deseo de trabajar con enfermos terminales. Partíamos de la creencia de que en poblaciones pequeñas, los rituales y creencias sobre la muerte están todavía muy arraigados, lo que nos hizo pensar que probablemente los

alumnos estarían más familiarizados con la muerte y en consecuencia, tendrían más deseo de trabajar con enfermos terminales. No ha sido así en nuestro estudio, ya que los análisis estadísticos efectuados relacionando esta variable con el deseo de trabajar con enfermos terminales, no han encontrado diferencias entre el deseo de trabajar con enfermos terminales y el lugar de residencia. Es decir, el deseo no se ve influenciado en función del lugar de residencia. Un resultado parecido lo podemos encontrar en Limonero (1997). Es probable que si el cuestionario lo hubiéramos pasado hace 50 años, el resultado no hubiera sido el mismo. En la actualidad, los medios de comunicación (televisión, internet, radio, prensa...), han eliminado las barreras tanto físicas como las socioculturales, por lo que el hecho de vivir en una comunidad pequeña o en una gran ciudad, ya no es un aspecto que puede condicionar la vivencia de la muerte y el deseo de trabajar con enfermos al final de la vida.

- **Años que vive la familia en Andalucía o en Cataluña.**

Esta variable se incluyó en este estudio porque queríamos asegurarnos de que la mayoría de los alumnos y su familia, vivían desde hace años, en las comunidades autónomas objeto de comparación. En este sentido, aproximadamente el 87% de los alumnos viene residiendo junto con su familia, siempre en sus respectivas comunidades. Con este elevado porcentaje, creemos que las comparaciones por comunidades autónomas que se han utilizado en las diferentes variables de este estudio, tienen más validez que si el porcentaje fuera menor, ya que las creencias socioculturales sobre la muerte se transmiten de generación en generación y en un entorno sociocultural concreto.

- **Bienestar actual de los estudiantes**

Al diseñar el actual estudio nos preguntamos hasta qué punto el estado anímico en el momento de la administración del dossier podía influir en los resultados finales. Este fue el motivo por el cual incluimos esta escala de bienestar. Si tenemos en cuenta que la puntuación de máximo bienestar era de 10, la mediana en ambas comunidades fue de 8, lo que muestra un nivel elevado de bienestar, de lo que deducimos que este factor no condicionó los resultados de otras variables, como hubiera podido ser una respuesta baja a esta pregunta. Así pues, es factible pensar que un nivel bajo de bienestar podía influir en el momento de contestar a preguntas relacionadas sobre el tema de la muerte.

- **Preparación emocional para cuidar a enfermos terminales**

Los alumnos manifiestan una preparación regular en relación a la sensación de sentirse preparados emocionalmente para cuidar a enfermos terminales. No existen diferencias significativas ni por género ni por curso académico. Por lo tanto, cabría añadir que el hecho de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales e incluso haber participado en la asignatura de Cuidados Paliativos que se imparte en las escuelas de Enfermería de Lleida y Vic, no ha influido para que los alumnos de la comunidad catalana se sintieran más preparados emocionalmente que los alumnos de la comunidad andaluza, dado que no hemos observado diferencias entre ambas. Estos resultados confirman o están en la línea del estudio de Colell *et al* (1991), en donde se pone de manifiesto que el hecho de trabajar día a día con la muerte y el enfermo terminal genera un nivel alto de ansiedad y miedo. Kübler-Ross (1969), también expuso esta realidad al hablar de los seminarios que realizaba para formar a los médicos en la atención al enfermo terminal. Aunque aparentemente sea una contradicción, se supone que a más experiencia menos ansiedad por el tema de la habituación, en la realidad parece ser que no es así. A partir de los resultados de este estudio podemos concluir, que los alumnos no presentan un elevado nivel de preparación emocional aunque un porcentaje de ellos, haya recibido una adecuada preparación teórica y clínica con el enfermo terminal. ¿Qué aspectos se habrán de tener presentes para poder ayudar al futuro profesional de Enfermería en su preparación emocional para cuidar enfermos terminales? Esta es la pregunta que nos hacemos y que sin duda abre las puertas a nuevos campos de investigación que en esta tesis, ya hemos ido introduciendo. Nos referimos al análisis de algunos procesos y variables cognitivas (Competencia Percibida, Autoeficacia e Inteligencia Emocional), que pueden mediar en las reacciones emocionales ante la enfermedad avanzada y la muerte, en los futuros profesionales de Enfermería. Aunque los conceptos de Competencia Percibida y Autoeficacia frente a la muerte ya ha sido investigados, entre otros, principalmente por Bugen (1980-1981) y Robbins (1992), respectivamente, el tema de la Inteligencia Emocional aplicada a las emociones que se experimentan ante la muerte y el enfermo terminal, es un aspecto novedoso que ampliaremos cuando expongamos los resultados sobre este tema, pero que sin duda alguna, abre muchas posibilidades en relación a la preparación emocional del futuro profesional de Enfermería en la atención al enfermo al final de su vida.

- **Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales**

Es de suponer que si a nivel emocional los alumnos no se sienten muy preparados, menos lo estarán a nivel asistencial, ya que sólo el 42% de los alumnos de tercero de las dos

comunidades ha realizado prácticas clínicas, y el 75% de los alumnos de tercero, ha participado en la asignatura de cuidados paliativos que se imparte tanto en la Escuela de Enfermería de Lleida como en la de Vic (Barcelona). Si tenemos en cuenta que la puntuación máxima estaba en 5, la media fue de 3 en Cataluña, y de 2,62, en Andalucía, lo que confirma una vez más, que el alumno cree no sentirse muy preparado, aunque un porcentaje de ellos hubiera realizado prácticas con enfermos terminales o hubiera participado en la asignatura de cuidados paliativos. De estos resultados, se puede desprender que no existe una sensación de sentirse preparado asistencialmente aunque se haya tenido experiencia directa con el enfermo terminal. La media un poco más alta en Cataluña se podría explicar porque son más los alumnos que han tenido un contacto más directo con el enfermo terminal y esto ha podido aumentar la percepción de sentirse más preparado en esta comunidad.

- **Preparación emocional y asistencial para cuidar persona enfermas**

Esta variable se analizó para averiguar si la sensación de preparación emocional y asistencial que tienen los estudiantes, era la misma a la hora de cuidar a personas enfermas que no estuvieran al final de su vida. Haciendo un análisis comparativo con los resultados del apartado anterior, se observa que cerca del 55% de los alumnos se siente preparado emocionalmente para cuidar a enfermos agudos o crónicos no terminales, mientras que el 47% se siente preparado para cuidar a ambos tipos de enfermos. Sólo el 8% restante de los alumnos, manifiesta sentirse más preparado emocionalmente para cuidar a enfermos terminales que a otro tipo de enfermos. Es decir, desde un punto de vista emocional, son muy pocos los alumnos que dicen sentirse más preparados emocionalmente para cuidar enfermos terminales.

En relación a la sensación de sentirse preparado desde un punto de vista asistencial o técnico, conviene señalar que los alumnos a medida que avanzan en su formación, tienen una mayor creencia de sentirse más preparados para atender a enfermos no terminales.

Parece ser que los alumnos, no se sienten preparados ni asistencial ni emocionalmente para atender a enfermos al final de su vida. Lo que confirma la necesidad de aumentar y mejorar la formación en este campo ya desde el inicio de los estudios de Enfermería, si se quiere hacer hincapié en la mejor preparación del futuro profesional para mejorar la eficiencia en el trato con el enfermo al final de su vida. Aspecto que también comparten Rojas Alcántara *et al.* (2004).

- **Importancia de los cuidados al enfermo terminal en la carrera de Enfermería**

Una cosa es no sentirse preparado para cuidar a enfermos terminales y otra, que se valore la importancia de los cuidados paliativos. Mediante esta variable se pretendía averiguar la importancia que los estudiantes otorgan a la atención al enfermo terminal. Los estudiantes valoran como muy importantes los cuidados paliativos. Así pues, es interesante observar como esta importancia ya se ve reflejada en los estudiantes de primer curso, los cuales sólo hace un mes que han empezado los estudios de Enfermería. Como señala Durlak (1997), en lo referente a las actitudes ante la muerte, un sujeto puede sentir algo como positivo (cuidar al enfermo al final de su vida), pero no necesariamente actuar de acuerdo con ese sentimiento (trabajar con enfermos terminales). Es decir, si tenemos en cuenta los tres componentes de las actitudes (el cognitivo, el conductual y el emocional), es posible que el componente emocional valore como positivo el hecho de cuidar a enfermos terminales, pero el aspecto conductual de la actitud, puede influir en no realizar la conducta de cuidar a enfermos terminales. Esta probabilidad, se ha dado en nuestro caso y pone en evidencia la dificultad de cambiar actitudes en relación a trabajar con enfermos al final de la vida. A pesar de ello, la alta valoración que han dado los alumnos a la atención al enfermo al final de la vida, nos reafirma en nuestra creencia de la necesidad desde el primer curso de carrera de preparar al futuro profesional de Enfermería, en el tema de las actitudes hacia el enfermo al final de la vida, y no sólo porque como docentes lo consideramos imprescindible, sino también porque los propios alumnos lo creen necesario.

- **Preferencias profesionales al terminar la carrera de Enfermería**

Nos interesaba averiguar, cuál era la preferencia laboral más valorada y en qué nivel quedaba la atención al enfermo terminal. Para ello, planteamos la posibilidad de trabajar con diez tipos diferentes de enfermos. Las preferencias fueron como siguen: trabajar con enfermos pediátricos fue la preferencia más valorada, seguida de la atención a enfermos ingresados en urgencias, ingresados en la UVI, enfermos agudos, de otra raza o cultura, enfermos atendidos en atención primaria y terminando por la atención a enfermos terminales de cáncer, enfermos terminales de raza gitana, enfermos terminales geriátricos y enfermos terminales de sida.

Como se puede observar a partir de las preferencias expuestas en el punto anterior, la predilección por trabajar con enfermos pediátricos podría tener su explicación en el hecho de que el colectivo de Enfermería es mayoritariamente femenino, por lo que es posible que el instinto materno y el papel “CUIDADOR” que han recibido las mujeres desde pequeñas,

pueden ser algunas de las causas de esta preferencia. Por otro lado, los alumnos una vez más, no prefieren trabajar con enfermos terminales si tienen la opción de poder escoger. En este sentido, pensamos que sin ser la opción preferida, el futuro profesional de Enfermería tendrá que atender a lo largo de su labor profesional, a un importante número de enfermos terminales y de ellos, un elevado número de enfermos de cáncer. Como se ha explicado anteriormente, esta enfermedad es la que origina el desarrollo de los cuidados paliativos en todo el mundo. Se estima que, en España, en el año 2000, los equipos de Cuidados Paliativos atendieron al 26% de enfermos afectados de cáncer (Centeno, Hernansanz, Flores, Sanz y López-Lara, 2001). Si nos planteamos las posibles causas del bajo deseo de trabajar con enfermos de cáncer, pensamos que el proceso de morir, impregnado de todo tipo de sentimientos (pena, rabia, tristeza, desesperación, apatía...), puede generar en los futuros profesionales sanitarios todo tipo de reacciones, como puede ser la negación de los sentimientos, la activación de pérdidas pasadas, el aumento de la ansiedad y sentimientos de tristeza. Es decir, el proceso de morir no sólo lo vive el enfermo y familia sino también el equipo que le atiende. Ante esta realidad, si importante y necesario es el soporte al enfermo terminal, también lo es al equipo asistencial. No cabe duda que una buena formación y una adecuada preparación para afrontar los cotidianos procesos de morir, puede ayudar al futuro profesional de Enfermería a sentirse mejor a la hora de elaborar sus miedos que entre otros aspectos, pueden ser la causa del poco deseo de trabajar con este tipo de enfermos.

En lo referente al enfermo terminal por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), queremos resaltar que atender y cuidar a este tipo de enfermos puede generar reacciones de rechazo debido al miedo de contagio que tal enfermedad origina. Como señala Ferrer (2002), este miedo se observa cuando el 70% de los sujetos de su investigación opinan que los enfermos de sida deberían de ser atendidos en un área específica, contemplándose la posibilidad de los llamados “sidarios”. Si al miedo al contagio añadimos el miedo a la muerte, podemos hacernos una idea de lo difícil que es en el ámbito emocional, atender a este tipo de enfermos terminales. Ante esta evidencia, la formación del futuro profesional de Enfermería debería de potenciar los aspectos psicosociales de la enfermedad para superar miedos y prejuicios no justificados, ayudándoles a realizar los oportunos cambios de comportamiento que puede generar una educación sobre el enfermo de SIDA. Para ello, será importante tener información sobre aspectos que intervienen en la prevención de dicha enfermedad, tal como proponen Landero y González (2003), y sobre todo, profundizar en la formación que reciben, ya que difícilmente podrán cuidar y educar a la población en general,

si ellos se sienten inseguros en sus conocimientos y actitudes (Antolín, Fernández y Rodríguez, 2003).

Centrándonos en la muerte por enfermedad geriátrica, dado el actual envejecimiento de la población, no cabe duda de que el futuro profesional de Enfermería tendrá que atender a un elevado número de personas ancianas en su proceso de morir (Isla, 2003). Al igual que en los anteriores tipos de enfermos terminales expuestos, nos interesaba saber hasta qué punto el futuro profesional de Enfermería está motivado para trabajar con este tipo de enfermos. En varios estudios citados por Neimeyer (1997), se pone de relieve que el personal de Enfermería no está motivado para trabajar con personas ancianas en su proceso de morir. Este autor, sugiere que quizás la actitud hacia la propia muerte, puede tener una gran influencia en las actitudes hacia los ancianos. Es decir, las actitudes negativas hacia los ancianos, pueden estar mediatizadas por la ansiedad ante la muerte. Por otro lado, si tenemos presente que en España el 65% de las personas que fallecen por cáncer son mayores de 65 años, y que en Europa la mitad de la población que padece una neoplasia ha cumplido los 70 años (Salgado, Guillen y Ruiperez, 2002), el enfermo geriátrico terminal será una de las poblaciones que más demanda de atención presentarán al final de su vida. Dentro de esta atención no podemos dejar de lado el aumento cada vez mayor de personas con demencia avanzada que requerirán de una atención específica no sólo a ellos sino también a sus familiares, y que sin duda, la filosofía de los cuidados paliativos les puede ser de mucha utilidad (Soler, 2000).

En cuanto a la atención al enfermo terminal de raza gitana, pensamos que la importancia que la cultura gitana da a los muertos, la dramatización del momento y la incompreensión de su cultura pueden ser factores que hagan que ésta, tampoco sea una de las preferencias escogidas por los alumnos a la hora de trabajar en su futuro profesional.

- **Cuestionario sobre ansiedad**

En la búsqueda de factores que puedan incidir en la motivación para trabajar con enfermos terminales, pensamos que la ansiedad, sobre todo la ansiedad como rasgo de personalidad, podría tener una influencia negativa ya que el proceso de morir con la presencia de la muerte, puede generar todo tipo de emociones y reacciones. Entre estas reacciones pensamos que la ansiedad sublimada o no, siempre está presente. Nos preguntamos hasta qué punto los sujetos con un nivel alto de ansiedad rasgo, están motivados para trabajar con enfermo terminales. Para averiguar la respuesta a esta pregunta, introducimos en nuestro estudio el cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). En el análisis de los resultados, los sujetos de nuestra investigación, presentan un nivel muy bajo tanto de ansiedad estado

como de ansiedad rasgo, y de forma significativa, las mujeres presentan un nivel más alto de ansiedad que los hombres.

Por otro lado, nos preguntamos si existía una posible relación entre la ansiedad rasgo y el deseo de trabajar con enfermos terminales. Para ello se crearon dos grupos de sujetos en base a las puntuaciones obtenidas en los percentiles 25 y 75. Los resultados muestran que los alumnos que presentan ansiedad rasgo alta, reflejan valores superiores en el deseo de trabajar con enfermos pediátricos y enfermos en Atención Primaria. En el otro extremo, los alumnos que presentan ansiedad rasgo baja, muestran un deseo de trabajar con enfermos terminales. En otras palabras, **a más ansiedad rasgo**, menos deseo de trabajar con enfermos al final de la vida. Una posible lectura de estos resultados nos lleva a pensar que la atención o los cuidados al enfermo terminal conlleva estar día a día con el dolor, el sufrimiento y la muerte de forma potencial y real. Por lo tanto, es factible pensar que los alumnos con un porcentaje elevado de ansiedad rasgo, les aumente aun más este nivel de ansiedad, por lo que a la hora de elegir un determinado tipo de enfermos a quien cuidar, prefieran trabajar con enfermos pediátricos, que simbolizan todo lo contrario del enfermo al final de su vida. Algo parecido sucede con el deseo de trabajar con enfermos de atención primaria, en donde la comunicación y la atención preventiva genera menos ansiedad que los cuidados al enfermo ingresado en un centro hospitalario. Por otro lado, es interesante observar, que los alumnos con un nivel bajo de ansiedad rasgo, presentan un deseo de trabajar con enfermos al final de la vida y con enfermos ingresados en una UVI. Estos resultados nos dan a entender que sin duda, el factor ansiedad como variable rasgo es un elemento que se tendrá que tener presente a la hora de diseñar estrategias para facilitar el acercamiento del futuro profesional de Enfermería al mundo de los cuidados paliativos. Es decir, se deberá de tener presente qué elementos o factores o miedos, están detrás de la ansiedad rasgo para poder intervenir y disminuir en lo posible esta ansiedad. La influencia de esta ansiedad derivada de factores personales también es descrita por Tomás-Sábado (2001), al señalar que la preocupación por la muerte y la ansiedad resultante no se limita a ciertos tipos de personalidad, sino que están presentes, en diferentes formas y niveles, en todas las personas. Cabe pensar que la ansiedad ante la muerte, presenta interrelaciones significativas con ciertos estados subjetivos, como depresión, insomnio, ansiedad general y otros aspectos que afectan al mundo emocional de las personas.

- **Cuestionario sobre creencias sociales y vivencias relacionadas con la muerte**

Este cuestionario recoge una serie de aspectos relacionados con la muerte desde una perspectiva psicosocial. El objetivo de introducir este cuestionario era para analizar si existían diferencias por comunidad en el tema de la muerte.

Cabe destacar, que de forma estadísticamente significativa, las mujeres en las dos comunidades, presentan un nivel más elevado de creencias en lo referente a **tener miedo a los muertos** y **tener miedo a la muerte** que los hombres. En relación con el resto de creencias, en las dos comunidades las respuestas han sido muy parecidas. La otra variable a destacar es la que se refiere al tema de la religiosidad (*soy una persona con creencias religiosas*), en donde los estudiantes andaluces se muestran más creyentes que sus compañeros catalanes.

El hecho de que las mujeres presenten un nivel más elevado de miedo a la muerte y a los muertos, podría deberse, entre otros factores, como señalan Stillon (1985) y Tomás-Sábado (2002), a que las mujeres son más capaces de mostrar y admitir sentimientos que los hombres a la hora de exponer pensamientos relacionados con la muerte.

Por otro parte, el elemento religioso es uno de los aspectos que a nivel sociocultural marca la diferencia entre las dos comunidades. Es decir, el valor de la religión está más presente en la comunidad andaluza y será, probablemente, uno de los factores que faciliten el acercamiento emocional al enfermo al final de la vida. No obstante, Limonero (1997), señala que los estudios que analizan el efecto de la religión ante la ansiedad ante la muerte, presentan resultados contradictorios, observándose tanto efectos negativos como positivos sobre la ansiedad ante la muerte y en consecuencia, sobre el deseo de trabajar con enfermos terminales. En nuestro estudio, pensamos que el aspecto religioso, la fe y la creencia en otra vida después de la muerte, puede ser un elemento que en la comunidad andaluza fomente y refuerce el deseo de trabajar con este tipo de enfermos. Tal vez, y como afirman Thorson y Powell (1991), la variable religiosidad no ha sido medida de forma adecuada.

- **Deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de cuidados paliativos**

Si los alumnos han valorado como muy importante la atención al enfermo terminal en los estudios de Enfermería, también dan una puntuación media-alta a la posibilidad de hacer prácticas clínicas con enfermos al final de su vida. Es decir, un porcentaje elevado de alumnos desearía hacer prácticas clínicas con enfermos terminales. Intentando ver si existía alguna relación entre las creencias sociales sobre la muerte y el deseo de hacer prácticas clínicas, sólo

la creencia relacionada con el hecho de *tener miedo a los muertos*, correlaciona significativamente con esta variable. En otras palabras, *tener miedo a los muertos* es determinante en no desear hacer prácticas clínicas con enfermos terminales. Aunque esta relación parece lógica, habrá que decir que el porcentaje de alumnos que tienen miedo a los muertos en nuestro estudio es muy bajo. Este dato es coherente con la idea de que si tengo miedo a los muertos, no tendré deseos de trabajar con enfermos moribundos. Lo que nos lleva a plantear la importancia de tener presente este aspecto del temor en nuestra labor docente, ya que, si se sabe la relación que existe entre temor a los muertos y el deseo de no hacer prácticas clínicas con enfermos terminales, se podrá incidir antes de las prácticas ofreciendo una formación que permita disminuir los miedos y en consecuencia, aumentar el deseo de trabajar con enfermos al final de su vida. No obstante, se debe de tener presente el factor edad, y la nula experiencia directa de trato con el enfermo terminal, aspectos que como se desprende del estudio de Tomás-Sábado (2002), son significativos a la hora de mostrar más o menos ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería. Es decir, a más edad y más experiencia con enfermos terminales, menos ansiedad.

- **Escala de Bugen de Afrontamiento a la Muerte**

Como se ha expuesto en la parte teórica de esta investigación, hemos querido analizar el papel de determinadas variables cognitivos-emocionales que a nuestro entender, pueden incidir en un mayor o menor acercamiento emocional de los profesionales de la salud, y en concreto, del colectivo de Enfermería al enfermo terminal. Entre estas variables hemos seleccionado a la Competencia Percibida, la Autoeficacia y la Inteligencia Emocional.

En relación a la Competencia Percibida, nos preguntamos si existía una relación entre sentirte competente frente a la muerte y el deseo de trabajar con enfermos terminales. El estudio realizado para analizar la posible relación entre el deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer, sida y geriátricos, con la Competencia Percibida Frente a la Muerte, pone de relieve que la mayoría de ítems de la escala de Bugen correlaciona significativamente con el deseo de trabajar con enfermos terminales, aunque dichos valores no sean muy altos. En este sentido, a partir del percentil 75, se observa un deseo significativo de trabajar con enfermos al final de su vida. Así pues, se puede decir, que a mayor Competencia Percibida Frente a la Muerte, mayor deseo de trabajar con enfermos terminales.

En relación a la Competencia Percibida Frente a la Muerte por comunidades, los alumnos de la comunidad andaluza, presenta diferencias estadísticamente significativas en los siguientes aspectos: *poder hablar de la muerte con familia y amigos, ser capaces de afrontar*

pérdidas futuras, saber escuchar a los demás, saber hablar con los niños de la muerte, ser capaces de pasar tiempo con enfermos terminales, poder ayudar a elaborar sobre la muerte y poder comunicarse con un enfermo al final de la vida. La mayoría de estas competencias tienen una elevada connotación emocional, por lo que creemos una vez más que, en general, los alumnos de la comunidad andaluza, presentan un nivel superior de capacidad emocional en relación con los alumnos catalanes.

Aunque los valores de la correlación son bajos, sí que nos atrevemos a decir, que existe una tendencia a relacionar competencia con deseo. En otras palabras, si fuéramos capaces desde la atalaya de la docencia universitaria de aumentar la Competencia Percibida frente a la muerte, esto podría llevar a incrementar el deseo de trabajar con enfermos terminales y, en consecuencia, a sentirse emocionalmente más preparados para afrontar el proceso morir, lo que sin duda repercutiría en un aumento de la calidad asistencial y del bienestar del enfermo moribundo, de la familia, y del propio personal asistencial.

- **Escala de Competencia Percibida de Wallston**

Al igual que la inclusión del STAI, el objetivo de utilizar esta escala era para poder analizar el nivel de Competencia que en general, presentaban los alumnos y, al mismo tiempo, averiguar si podía existir alguna relación con otras variables de esta investigación. La puntuación obtenida refleja un nivel de competencia personal medio-alto, existiendo diferencias estadísticamente significativas a nivel de género. Es decir, los hombres presentan un nivel más elevado de Competencia Percibida que las mujeres. Cabe resaltar, que se puede ser competente a nivel general, pero, eso no implica que en ciertos aspectos, la Competencia Percibida disminuya o aumente. En nuestro estudio, existe una relación significativa entre Competencia Percibida Frente a la Muerte y la escala de Competencia Percibida de Wallston. Pero esta relación es muy baja por lo que se puede concluir, que habrá individuos con diferentes capacidades de Competencia. Puede haber un individuo que se perciba con un alto nivel de Competencia, pero es posible que frente a la muerte, presente un nivel bajo de Competencia Percibida. En este apartado, queremos resaltar que existe una relación significativa entre Competencia Frente a la Muerte y Autoeficacia Frente a la Muerte. Los sujetos con un nivel alto de Competencia Frente a la Muerte, también presentarán un nivel alto de Autoeficacia. Como señala Robbins (1997), después de analizar diferentes estudios sobre Competencia y Autoeficacia frente a la muerte, llega a la conclusión que las personas que habían experimentado más muertes y se habían ocupado de conductas de preparación de la muerte, presentaron un elevado número de competencias en relación a la muerte y un

elevado número de valores de autoeficacia. En este sentido, las prácticas clínicas con enfermos terminales así como la aplicación de un programa de educación sobre la muerte, pueden ser factores que ayuden al futuro profesional de Enfermería a aumentar su sensación de sentirse más competente frente a la muerte y el proceso de morir.

Por otro lado, parece ser que el constructo de Competencia Percibida está ligado al concepto de Inteligencia Emocional, como un elemento que probablemente irá paralelo a este último concepto. Es decir, entrenando o preparando al futuro profesional de Enfermería en Competencia Percibida, es factible que se esté también preparándole en mejorar su Inteligencia Emocional. Esta correlación ya se ha observado en el estudio de Colell *et al.* (2004) y Limonero *et al.* (2003).

- **Escala de Autoeficacia frente a la muerte de Robbins**

En relación a los resultados de la Autoeficacia por comunidades, los alumnos de la comunidad andaluza, de forma estadísticamente significativa, muestran un nivel de Autoeficacia mayor en los siguientes aspectos: *escuchar las preocupaciones del familiar del enfermo moribundo, tocar un cadáver, visitar a un amigo moribundo, afrontar la muerte de un amigo de su edad, acompañar a una persona en el momento de su muerte y en proporcionar apoyo emocional a la familia.*

Por otro lado, cabe resaltar que los hombres de forma estadísticamente significativa, muestran un nivel más elevado de Autoeficacia en los siguientes aspectos: *afrontar la muerte de una persona anciana, tocar un cadáver, afrontar la muerte de un enfermo de cáncer, visitar a un amigo moribundo, afrontar la muerte de un amigo de su edad, acompañar a una persona en el momento de su muerte, y estar con personas con síntomas desagradables.*

Al igual que en el caso de la Competencia Percibida Frente a la Muerte, el análisis estadístico de los resultados de la escala de Autoeficacia ante la muerte, presenta un patrón de resultados idéntico a los comentados con la Competencia Percibida. Es decir, los alumnos que presentan un nivel elevado de Autoeficacia Frente a la Muerte, manifiestan de forma significativa, un mayor deseo de trabajar con enfermos terminales, no presentan miedo a la muerte y a los muertos, y manifiestan una mayor claridad y reparación emocional. Así pues, formando al alumno y potenciando su nivel de Competencia Percibida y Autoeficacia ante la muerte, se puede concluir que el deseo de trabajar con enfermos terminales puede aumentar, sobre todo, si se tiene presente que se puede estructurar toda una metodología educativa sobre

la atención al enfermo terminal a lo largo de los tres años que duran en la actualidad, los estudios de Enfermería.

- **Creencias sobre el enfermo terminal**

El objetivo de la inclusión este cuestionario era para poder averiguar qué creencias tenían los estudiantes sobre el enfermo terminal y si estas creencias diferían de una comunidad a otra.

No existen diferencias significativas entre sexos, pero sí entre comunidades en los siguientes ítems: los alumnos de Andalucía tienen una mayor creencia en que *los enfermos terminales tienen mucho dolor físico, que lo mejor es decirle al familiar que se está muriendo* y que *la morfina crea adicción*. En cambio, los alumnos de Cataluña creen que *la boca seca, el estreñimiento y la desgana son síntomas habituales* y que *lo que preocupa al enfermo terminal es el control de los síntomas*. Creemos que estas diferencias tienen su base en la formación que han recibido los alumnos de Cataluña mediante la participación en la asignatura de cuidados paliativos. Lo que confirma que las creencias, algunas, son fáciles de cambiar, porque son creencias basadas en la inexperiencia. Por otro lado, nos gustaría resaltar, que tanto por comunidad como por sexo, dan una puntuación media de 6,58 a la creencia que *para el enfermo terminal es muy importante el soporte emocional y espiritual*. Si tenemos en cuenta que la puntuación máxima podía ser de 7, nos da una idea de la importancia que los estudiantes de Enfermería le otorgan a la parte emocional de los cuidados al enfermo en su proceso de morir.

- **Escala de Inteligencia Emocional**

¿Pueden las emociones influir en el deseo de trabajar con enfermos al final de la vida?

¿Pueden nuestras emociones dificultar la relación con el enfermo terminal?

Cuando nos planteamos qué aspectos podían incidir en la relación con el enfermo terminal, tuvimos presente que el proceso de morir, impregnado de sentimientos y emociones la mayoría de ellas nada agradables, debería de influir de alguna manera en los cuidados que se otorgan al enfermo terminal. Es decir, ¿cómo regula, canaliza, siente, vive y elabora el profesional de Enfermería este entramado de emociones y sentimientos que presiden el proceso de morir? Nos preguntamos que quizás la Inteligencia Emocional nos podría ayudar a despejar esta cuestión. Para analizar la IE, utilizamos la adaptación española de Fernández-Berrocal *et al.* (1998), de la escala TMMS de Salovey y Mayer. Esta escala

contiene tres dimensiones de la Inteligencia Emocional: **la atención o percepción de los sentimientos** que vendría definido por la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada; **la claridad o comprensión de los sentimientos**, es decir, la capacidad para comprender los estados emocionales de uno mismo y de los demás, y la capacidad de **reparar o regular los sentimientos** de forma correcta.

Realizados los análisis estadísticos oportunos, se han observado valores de **atención a los sentimientos** homogéneos entre sexo y comunidades. Si tenemos en cuenta la puntuación obtenida por los alumnos, podemos deducir que presentan un nivel medio de atención a los sentimientos. Es decir, son capaces de expresar y sentir emociones de forma adecuada.

En lo referente a la claridad o **comprensión de los sentimientos**, no se observan diferencias significativas por sexos, pero sí por comunidad. Los alumnos andaluces muestran una mayor comprensión de los sentimientos que sus compañeros catalanes.

En cuanto a la capacidad de regular o **reparar los estados emocionales**, tanto en los hombres como en Andalucía, se observan valores de reparación de las emociones significativamente mayores. Los sujetos de esta investigación muestran un nivel medio en lo referente a su capacidad para regular emociones.

En síntesis, **los alumnos de Andalucía presentan una mayor claridad de los sentimientos y una mayor reparación de los mismos**. En cuanto al género, los hombres muestran una mayor capacidad de reparación o regulación de las emociones.

Como se desprende de los resultados enunciados en los párrafos anteriores, la relación entre Inteligencia Emocional y Cuidados Paliativos, es importante y sin duda, un camino a seguir en futuras investigaciones. Siguiendo en esta línea, nos preguntamos si podía existir una relación entre Inteligencia Emocional y deseo de trabajar con enfermos terminales. Una vez más y en nuestro estudio, existe una correlación entre el deseo de trabajar con enfermos terminales y la capacidad de reparación emocional. Es decir, **a mayor capacidad de regulación o reparación emocional, mayor es el deseo de trabajar con enfermos terminales**. Creemos que esta relación es muy significativa ya que si se trabaja desde primero de Enfermería con la capacidad de regulación emocional, podríamos asegurar y potenciar el aumento de alumnos que deseen al terminar los estudios, trabajar con enfermos terminales, ya que serán más competentes en regular su propio estado emocional. Parece ser que la capacidad de reparación o regulación de las emociones es la clave para generar cambios en algunos aspectos de las relaciones humanas. En este sentido, Colell *et al.* (2004), en un

estudio sobre Inteligencia Emocional y Cuidados Paliativos, detectan que el miedo a la muerte y el miedo a los muertos disminuye a medida que aumenta la capacidad de regulación de las emociones. Así mismo, Limonero *et al.* (2004), en un estudio sobre la Inteligencia Emocional percibida en el estrés laboral de Enfermería, llegan a la conclusión, de que los profesionales de Enfermería que presentan valores altos en el componente regulación o reparación emocional de la Inteligencia Emocional, también puntúan menos en los factores relacionados con los conflictos de competencia y con la presión laboral, lo que conduce a experimentar menores niveles de estrés. Resultados parecidos aparecen en un estudio sobre Inteligencia Emocional y burnout en profesores realizado por Extremera, Fernández-Berrocal y Durán (2003). Entre otras conclusiones, el factor reparación emocional correlacionó negativamente con el cansancio emocional y la despersonalización y de forma positiva con la realización personal y la salud mental.

Profundizando un poco más en el tema de la Inteligencia Emocional y los cuidados paliativos, quisimos averiguar si existía alguna relación entre el miedo a la muerte y el miedo a los muertos y la Inteligencia Emocional. El análisis de los resultados nos lleva a sugerir que **a menor capacidad de reparación de las emociones y mayor atención a los sentimientos, aparece más miedo a la muerte. Por otro lado, a menor capacidad de reparación, más miedo a los muertos.** Por lo tanto, si se quiere disminuir estos miedos se tendrá que trabajar en la regulación de las emociones que interfieren en un proceso de morir ya cargado de emociones negativas, y que sin duda, delimitan el objetivo básico de los cuidados paliativos que es el confort del enfermo y familia.

Ansiedad ante la muerte

Para evaluar el nivel de ansiedad ante la muerte utilizamos la escala modificada por Bayés y Limonero de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Collet-Lester. En relación a la ansiedad ante la muerte, a partir de los resultados obtenidos, se observa que existe **más miedo a mi propia muerte que a mi proceso de morir.** Por otro lado, comparando mi muerte y mi proceso de morir, con la muerte y el proceso de morir de la persona querida, en nuestro estudio, generaría **más miedo la muerte y el proceso de morir de la persona querida.** Resultados parecidos los podemos encontrar en Colell, Limonero y Otero (2003), y en Bayés *et al.* (1999), aunque en su estudio, existe más ansiedad relacionada con mi proceso de morir que a mi muerte. Quizás las diferencias se deban al tipo de población a quien se administró la escala de ansiedad ante la muerte. En su caso fueron estudiantes de logopedia, psicología y otras disciplinas, mientras que en nuestro estudio eran estudiantes de Enfermería.

Se podría pensar que el hecho de saber que pueden intervenir en el proceso de morir en su futuro profesional, les puede generar menos miedo que la posibilidad de morir. En este sentido, en un estudio sobre la medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería, realizado por Tomás-Sábado (2002), observa que los profesionales de Enfermería que atienden a enfermos terminales son los que presentan menos ansiedad ante la muerte. Aunque en algunos estudios (Telban, 1980 y Thorson y Owell, 1996), se observa todo lo contrario, es factible pensar que el hecho de trabajar con la presencia de la muerte genere una habituación y en consecuencia, una menor ansiedad ante la misma. DePaola *et al.* (1997), en un estudio realizado con profesionales que atienden a enfermos geriátricos, concluyeron que el personal de geriatría no mostró mayor miedo a la muerte que el grupo control que tenían profesiones que no estaban relacionadas con la muerte. Una explicación posible, como sugieren estos autores, es que el personal de geriatría trata la muerte y el proceso de morir cotidianamente y puede que se haya insensibilizado a la muerte. Otras posibles explicaciones vendrían dadas por la posibilidad de decidir aceptar la muerte para mantener el empleo, en los contextos geriátricos, y la aclimatación a la muerte como parte de la vida y como consecuencia de tener dicho empleo. Lo cierto y como muy bien lo resalta Tomás-Sábado (2002), la falta de estudios realizados en España sobre el tema de la evaluación de la ansiedad ante la muerte en personal de Enfermería, hace que se tenga que ser cautos a la hora de sacar conclusiones sobre dicho aspecto.

Volviendo a unos de los temas centrales de nuestra investigación, la Inteligencia Emocional, hemos correlacionado el miedo a la muerte con los cuatro apartados de la escala modificada de Collet-Lester. También en este caso, se dan resultados novedosos y significativos. En este sentido, el **miedo** a mi muerte y a mi proceso de morir **aumenta** de forma significativa, cuando existe **menor claridad** de los sentimientos y **más atención** a los mismos. En relación al miedo que genera la muerte y el proceso de morir de la persona querida, se ha observado que el **miedo** a la muerte de la persona querida **aumenta** de forma significativa cuando hay **menos claridad** de los sentimientos, **más atención** y **menos reparación** de los mismos. Una vez más, llegamos a la conclusión de que el constructo de Inteligencia Emocional puede ser de gran utilidad a la hora de diseñar estrategias de aprendizaje de los cuidados paliativos en estudiantes de Enfermería. Como se ha expuesto anteriormente en el apartado de Objetivos de este estudio, nuestra pretensión es indagar en los mecanismos que pueden incidir en aumentar el deseo de trabajar con enfermos terminales en los futuros profesionales de Enfermería. Si tenemos en cuenta que a menor edad, mayor ansiedad ante la muerte como señalan Limonero *et al.* (2003), será necesario tener presente

los tres componentes de la Inteligencia Emocional que hemos utilizado en el actual trabajo, si queremos incidir en disminuir dicha ansiedad o miedo ante la muerte y en consecuencia, aumentar el deseo y la preparación emocional para trabajar con enfermos al final de su vida en los futuros profesionales de Enfermería.

- **Cuestionario sobre aspectos que ayudarían a morir en paz**

Este cuestionario consta de once ítems que recogen aspectos que podrían ayudar a morir en paz. *Creer en otra vida después de la muerte y poder morir en casa*, son aspectos que de forma estadísticamente significativa, ayudarían a morir en paz a los estudiantes de la comunidad andaluza. Por otro lado, el 85% de los estudiantes catalanes y más del 81% de los andaluces eligen el *poder sentirse cerca y comunicarse con las personas queridas* como aspecto más valorado. Resultados parecidos están descritos en el estudio *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal* de Colell, Limonero y Otero (2003), en donde el aspecto emocional-afectivo está otra vez presente. Por otro lado, los resultados de los estudios obtenidos con profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), españoles y argentinos, se observa que el principal factor sigue siendo el mismo, es decir, *poder estar cerca de las persona queridas* (Bayés *et al.* 2000, Limonero *et al.* 2003). Nos gustaría resaltar que el factor *poder morir en casa* es elegido por un mayor número de alumnos de la comunidad andaluza y es también la tercera opción elegida en los profesionales sanitarios argentinos, mientras que en los profesionales sanitarios españoles, es la última opción. Una vez más creemos que los componentes de la Inteligencia Emocional tienen mucho que ver en la elección ya que, en nuestro caso, los alumnos de la comunidad andaluza, presentan niveles más altos en claridad y reparación de los sentimientos que los estudiantes catalanes. Es obvio decir, que morir en casa es un hecho cargado de emociones y sentimientos que pueden elegir personas con un buen nivel de regulación emocional, y en este caso, los sujetos de la comunidad andaluza lo tienen. Sería interesante evaluar el nivel de Inteligencia Emocional entre los profesionales españoles y los argentinos ya que la opción morir en casa es dispar en las dos comunidades. Estamos de acuerdo con Limonero *et al.* (2003), cuando afirman que la variabilidad de respuestas demuestra que no existe una única concepción de lo que significa tener una buena muerte o morir en paz. Aunque hay opciones que obtienen una mayor preferencia que otras, no hay un único camino que conduzca a una buena muerte.

2.3. Estudio 2: estudio experimental

A continuación vamos a exponer la experiencia de la aplicación de un seminario de educación en relación a la muerte, sobre las actitudes ante la muerte y la atención al enfermo al final de la vida, así como los resultados de la misma.

2.3.1. Objetivos

Los objetivos de este estudio experimental han sido:

- Evaluar la influencia de un seminario de educación sobre la muerte y el enfermo terminal.
- Valorar la influencia de los aspectos socioculturales en relación con la muerte y la atención al enfermo terminal.
- Analizar los efectos de la impartición del seminario a través del paso del tiempo.

2.3.2. Método

2.3.2.1. *Sujetos y lugar de la investigación*

El número total de sujetos que participó en este estudio fue de 177, correspondiendo 53 alumnos a la comunidad de Cataluña y 124 a la comunidad Andaluza (Tabla 2.3.1).

Los estudiantes que participaron en este estudio experimental procedían del primer curso de los estudios de Enfermería de cuatro centros universitarios, a saber: Escuela de Enfermería de Lleida, Escuela de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de Macarena de Sevilla, Escuela de Enfermería del Hospital Militar Virgen de Quiñones de Sevilla y Escuela de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla (Tabla 2.3.2).

| | | mujer | | hombre | | Total de grupo | |
|--------------------|-----------|-------|--------|--------|--------|----------------|--------|
| | | N | % fila | N | % fila | N | % fila |
| Comunidad autónoma | Cataluña | 48 | 90,6% | 5 | 9,4% | 53 | 100,0% |
| | Andalucía | 93 | 75,0% | 31 | 25,0% | 124 | 100,0% |
| Total de grupo | | 141 | 79,7% | 36 | 20,3% | 177 | 100,0% |

Tabla 2.3.1 *Alumnos que participaron en el estudio experimental por comunidad y sexo.*

| Escuela | Fase | | |
|------------------|------|-----|----|
| | 1 | 2 | 3 |
| Lleida | 54 | 54 | 35 |
| Militar grupo 1 | 13 | 13 | |
| Militar grupo 2 | 17 | 17 | 1 |
| Militar grupo 3 | 12 | 12 | |
| Macarena grupo B | 24 | 24 | |
| Macarena grupo C | 20 | 20 | |
| Macarena grupo A | 25 | 25 | |
| Valme | 12 | 12 | 5 |
| Total | 177 | 177 | 41 |

Tabla 2.3.2 *Número de alumnos por escuela y fase.*

El seminario se impartió entre los meses de enero a abril de 2002. El criterio que se utilizó para poder participar en este estudio fue el querer participar de forma voluntaria.

2.3.2.2. *Instrumentos*

Con el propósito de poder evaluar los objetivos del presente estudio experimental, se pidió a los alumnos que participaron en el mismo que respondieran de forma anónima y voluntaria a una serie de preguntas que se recogían en un dossier a modo de cuadernillo (Ver ANEXOS III).

Los instrumentos que se utilizaron fueron los mismos que se emplearon en el estudio principal, aunque en esta ocasión sólo se utilizaron diez de los mismos. A saber:

- 1- **Registro de aspectos personales:** sexo, edad, escuela y un código para poder comparar con el antes y después de la impartición del seminario.
- 2- **Escala análogo-visual sobre el bienestar actual del sujeto.**
- 3- **Ítem para evaluar la preparación *emocional* que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.**

- 4- Ítem para evaluar la preparación *asistencial* que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.**
- 5- Ítem sobre la importancia de los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería.**
- 6- Escala análogo-visual para evaluar el deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de atención al enfermo terminal.**
- 7- Cuestionario sobre preferencias profesionales en el campo de Enfermería.**
- 8- Escala de Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen.**
- 9- Cuestionario de creencias en relación al enfermo terminal construido ad hoc.**
- 10- Escala de Autoeficacia frente a la muerte de Robbins.**

2.3.3. Procedimiento

Dado que el objetivo principal de este estudio era poder evaluar la influencia de la intervención, es decir, si con un mínimo de formación en la atención al enfermo terminal, el alumno podía cambiar sus actitudes o creencias con respecto a este tipo de enfermos, un aspecto crucial del mismo, era la participación voluntaria de los alumnos a las dos sesiones de las que constaba el seminario de la muerte y la atención al enfermo en situación terminal

La forma de llevar a cabo este estudio fue la siguiente: En la Escuela de Enfermería de Lleida el autor de la investigación, al ser el profesor responsable de la asignatura troncal Ciencias Psicosociales Aplicadas, reservó cuatro horas de docencia repartidas en dos clases. En Sevilla, nos pusimos en contacto con las profesoras responsables de la misma asignatura. Para que los alumnos asistieran en las dos clases, conseguimos que los alumnos que participaron lo hicieran mediante la asistencia obligatoria ya que debían asistir de forma obligatoria a diversos seminarios que desde la asignatura se organizaban al cabo del año. Para ello, en la programación anual de la docencia, ya se estableció un seminario relacionado con el contenido de este estudio. Es decir, los alumnos al empezar el curso académico sabían que debían de participar en un curso sobre la muerte y la atención al enfermo terminal impartido por el autor de esta investigación. La obligación de participar en este seminario fue muy importante porque permitió poder comparar y evaluar el antes y el después de la

docencia., es decir, sus posibles efectos. Por otro lado, aunque la asistencia era obligatoria, una vez habían aceptado participar en el estudio, a los sujetos se les invitó a contestar de forma anónima y voluntaria las preguntas del dossier.

A continuación se describe la forma en que expusimos nuestra investigación:

“Un grupo de profesores responsables de la asignatura Ciencias Psicosociales Aplicadas de Cataluña y Sevilla estamos interesados en potenciar la formación en los cuidados al enfermo terminal. Me llamo Ramon Colell y soy profesor de la Escuela de Enfermería de Lleida. El motivo de estar aquí con vosotros es para impartir este seminario de cuatro horas sobre la muerte y la atención al enfermo terminal. Como que queremos averiguar hasta qué punto lo que os pueda explicar ha influido en vuestras creencias y actitudes en relación a la muerte y el enfermo terminal, os invito a contestar a una serie de preguntas relacionadas con el tema. Antes de empezar la clase, todos los que quieran contestar de forma anónima y voluntaria, se les entregará un pequeño dossier y al terminar el seminario se os volverá a entregar el dossier para poder evaluar si ha habido cambios en relación a la muerte y la atención al enfermo terminal”.

La metodología que se utilizó para impartir los contenidos del seminario fue básicamente experiencial. Aunque en algún momento expusimos de forma magistral, lo cierto es que siempre tuvimos presente la necesidad de hacer participar a los alumnos de forma directa en la exposición. Para ello utilizamos algunos ejemplos vividos en la atención directa con el enfermo terminal y su familia y también utilizando el juego de roles entre los alumnos y el profesor, sobre todo en lo referente a la comunicación-información con el enfermo terminal.

El programa del seminario se distribuyó de la siguiente forma:

Primer día:

- Objetivo del seminario
- Aspectos sociológicos de la muerte
- La atención al enfermo terminal en la actualidad: cuidados paliativos
- Enfermería y atención al enfermo terminal
- Vivencia personal de la muerte

- Aspectos bio-psico-sociales y espirituales del proceso de morir

Segundo día:

- La información-comunicación con el enfermo terminal
- Principios de la comunicación
- Aspectos de la información

En ANEXOS II se expone de manera detallada los contenidos y la forma de llevar a término este seminario.

Para poder evaluar la consolidación del aprendizaje del material del seminario a lo largo del tiempo, y su incidencia sobre las actitudes ante la muerte y el enfermo terminal, una vez concluido el seminario, se pasó el dossier al cabo de dos semanas y a los seis meses.

2.3.4. Resultados

En las tablas que se exponen a continuación, se ha hecho una comparación entre las tres fases de evaluación de los resultados de este estudio experimental. Es decir, se han evaluado las respuestas de los alumnos antes de la aplicación del seminario (fase **PRE**), al cabo de dos semanas (fase **POST-1**) y a los seis meses (fase **POST-2**). Aunque somos conscientes que en la tercera fase, es decir, al cabo de seis meses de haber realizado el seminario, el número de alumnos es muy reducido lo que puede condicionar los resultados. No obstante, teniendo presente esta realidad, hemos creído oportuno incluir esta fase (POST-2), porque nos puede mostrar una posible tendencia de los resultados de la aplicación del seminario. De todas formas, no se ha aplicado este criterio en todos los instrumentos utilizados para evaluar esta parte experimental de la investigación.

A continuación vamos a presentar los resultados de este estudio al igual que hemos realizado en el estudio principal, tomando como referencia, los instrumentos de evaluación que hemos utilizado.

- **Registro de variables sociodemográficas: edad**

Como se observa en la Tabla 2.3.3, la edad media de los estudiantes fue algo superior a los 20 años en las dos comunidades, siendo la edad mínima de 17 años y la máxima de 44.

Edad

| | | | N | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | Desviación típ. |
|-----------------------|----------|--------|-------|-------|---------|--------|--------|--------------------|
| Comunidad autónoma | Cataluña | mujer | 47 | 20,23 | 19,00 | 17,00 | 32,00 | 3,32 |
| | | hombre | 5 | 19,40 | 18,00 | 18,00 | 22,00 | 1,95 |
| | Total | 52 | 20,15 | 19,00 | 17,00 | 32,00 | 3,21 | |
| Andalucía | mujer | mujer | 91 | 19,64 | 19,00 | 17,00 | 25,00 | 1,89 |
| | | hombre | 31 | 22,74 | 19,00 | 18,00 | 44,00 | 7,02 |
| | Total | 122 | 20,43 | 19,00 | 17,00 | 44,00 | 4,09 | |

Tabla 2.3.3 *Edad de los participantes en el estudio experimental.*

• **Bienestar actual del sujeto**

Mediante una escala análogo-visual se evaluó el nivel de bienestar que presentaban los alumnos de esta investigación. Como se puede observar en la Tabla 2.3.4., la sensación de bienestar fue medio-alta si se tiene en cuenta que la puntuación máxima podía ser de 10.

Estadísticos descriptivos

| | | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--|--------|-----------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. ahora emocionalmente me siento | mujer | Cataluña | | 6,1613 | 2,26711 | 31 |
| | | Andalucía | | 6,0000 | 2,54951 | 5 |
| | | Total | | 6,1389 | 2,26971 | 36 |
| | hombre | Cataluña | | 6,0000 | 3,00000 | 3 |
| | | Andalucía | | 8,0000 | . | 1 |
| | | Total | | 6,5000 | 2,64575 | 4 |
| | Total | Cataluña | | 6,1471 | 2,28476 | 34 |
| | | Andalucía | | 6,3333 | 2,42212 | 6 |
| | | Total | | 6,1750 | 2,27458 | 40 |
| POST-1. ahora emocionalmente me siento | mujer | Cataluña | | 5,5806 | 2,14125 | 31 |
| | | Andalucía | | 7,4000 | 1,51658 | 5 |
| | | Total | | 5,8333 | 2,14476 | 36 |
| | hombre | Cataluña | | 7,3333 | 2,51661 | 3 |
| | | Andalucía | | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | | 6,7500 | 2,36291 | 4 |
| | Total | Cataluña | | 5,7353 | 2,19239 | 34 |
| | | Andalucía | | 7,0000 | 1,67332 | 6 |
| | | Total | | 5,9250 | 2,15296 | 40 |
| POST-2. ahora emocionalmente me siento | mujer | Cataluña | | 7,1290 | 2,07753 | 31 |
| | | Andalucía | | 7,4000 | 2,19089 | 5 |
| | | Total | | 7,1667 | 2,06328 | 36 |
| | hombre | Cataluña | | 7,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | | 9,0000 | . | 1 |
| | | Total | | 7,5000 | 1,29099 | 4 |
| | Total | Cataluña | | 7,1176 | 1,99643 | 34 |
| | | Andalucía | | 7,6667 | 2,06559 | 6 |
| | | Total | | 7,2000 | 1,98972 | 40 |

Tabla 2.3.4 *Media de las respuestas de la sensación de bienestar por fases, género y comunidad.*

En las Tablas 2.3.5 y 2.3.6, se muestran los resultados estadísticos por fases, género y comunidad, en los que se observa que no existen diferencias significativas.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | 6,093 | 1 | 6,093 | 1,405 | ,244 |
| | Cuadrático | 3,913 | 1 | 3,913 | ,763 | ,388 |
| fase * sexo | Lineal | ,043 | 1 | ,043 | ,010 | ,921 |
| | Cuadrático | 2,257 | 1 | 2,257 | ,440 | ,511 |
| fase * comunita | Lineal | ,060 | 1 | ,060 | ,014 | ,907 |
| | Cuadrático | 2,810 | 1 | 2,810 | ,548 | ,464 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,060 | 1 | ,060 | ,014 | ,907 |
| | Cuadrático | 15,834 | 1 | 15,834 | 3,089 | ,087 |
| Error(fase) | Lineal | 156,084 | 36 | 4,336 | | |
| | Cuadrático | 184,558 | 36 | 5,127 | | |

Tabla 2.3.5 *Resultados del análisis estadístico de la sensación de bienestar.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 1431,771 | 1 | 1431,771 | 307,448 | ,000 |
| sexo | 1,509 | 1 | 1,509 | ,324 | ,573 |
| comunita | 2,753 | 1 | 2,753 | ,591 | ,447 |
| sexo * comunita | ,015 | 1 | ,015 | ,003 | ,956 |
| Error | 167,650 | 36 | 4,657 | | |

Tabla 2.3.6. *Resultados del análisis estadístico de la sensación de bienestar.*

• **Preparación emocional para cuidar enfermos terminales**

Mediante una escala tipo Likert, se preguntaba a los sujetos si se sentían **emocionalmente** preparados para cuidar enfermos terminales. Las respuestas podían ir desde *nada preparado* que se puntuaba con un 1, *poco* con una puntuación de 2, *normal* que se le otorgó una puntuación de 3, *bastante* que puntuaba 4 y *mucho* con una puntuación de 5.

Como muestra la Tabla 2.3.7, la sensación de *sentirse preparados emocionalmente* para cuidar enfermos terminales no es muy alta, si tenemos en cuenta que la puntuación máxima podía ser de 5.

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. siento prepar. emocion. cuid.enf.term | mujer | Cataluña | 3,4375 | ,84003 | 32 |
| | | Andalucía | 3,0000 | ,00000 | 5 |
| | | Total | 3,3784 | ,79412 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,0000 | ,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 3,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,7500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 3,4857 | ,81787 | 35 |
| | | Andalucía | 3,0000 | ,00000 | 6 |
| | | Total | 3,4146 | ,77381 | 41 |
| POST-1. siento prepar. emocion. cuid.enf.term | mujer | Cataluña | 3,2187 | ,83219 | 32 |
| | | Andalucía | 3,0000 | ,70711 | 5 |
| | | Total | 3,1892 | ,81096 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 3,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,2500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 3,2286 | ,80753 | 35 |
| | | Andalucía | 3,0000 | ,63246 | 6 |
| | | Total | 3,1951 | ,78165 | 41 |
| POST-2. siento prepar. emocion. cuid.enf.term | mujer | Cataluña | 3,4063 | ,83702 | 32 |
| | | Andalucía | 3,4000 | ,54772 | 5 |
| | | Total | 3,4054 | ,79790 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,2500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 3,4857 | ,85307 | 35 |
| | | Andalucía | 3,5000 | ,54772 | 6 |
| | | Total | 3,4878 | ,81000 | 41 |

Tabla 2.3.7 *Media de las respuestas a la preparación emocional para cuidar enfermos terminales por fases, género y comunidad.*

No existen diferencias significativas entre fases, género y comunidad (Tablas 2.3.8 y 2.3.9). Es decir, la impartición del seminario, no influyó en la sensación de sentirse preparado emocionalmente para atender a enfermos terminales.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,926 | 1 | ,926 | 2,087 | ,157 |
| | Cuadrático | 1,285 | 1 | 1,285 | 2,168 | ,149 |
| fase * sexo | Lineal | ,297 | 1 | ,297 | ,670 | ,418 |
| | Cuadrático | ,369 | 1 | ,369 | ,622 | ,435 |
| fase * comunita | Lineal | ,385 | 1 | ,385 | ,868 | ,358 |
| | Cuadrático | ,048 | 1 | ,048 | ,081 | ,777 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,018 | 1 | ,018 | ,040 | ,843 |
| | Cuadrático | ,046 | 1 | ,046 | ,078 | ,781 |
| Error(fase) | Lineal | 16,418 | 37 | ,444 | | |
| | Cuadrático | 21,931 | 37 | ,593 | | |

Tabla 2.3.8 *Resultados del análisis estadístico de sentirse preparado emocionalmente para cuidar enfermos terminales.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 360,396 | 1 | 360,396 | 426,747 | ,000 |
| sexo | 1,035 | 1 | 1,035 | 1,226 | ,275 |
| comunita | 1,156 | 1 | 1,156 | 1,369 | ,250 |
| sexo * comunita | ,215 | 1 | ,215 | ,254 | ,617 |
| Error | 31,247 | 37 | ,845 | | |

Tabla2.32.9 *Resultados del análisis estadístico de sentirse preparado emocionalmente para cuidar enfermos terminales.*

- **Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales**

A los sujetos se les preguntaba mediante una escala tipo Likert si se sentían preparados **asistencialmente** para cuidar a enfermos terminales. Es decir, si sabían como tratar el dolor, como comunicarse, como informar... La respuesta podía ir desde un *nada preparado* que se le otorgaba una puntuación de 1, hasta *muy preparado* con una puntuación de 5.

Hecho el análisis estadístico, no existen diferencias estadísticamente significativas en el hecho de sentirse preparados asistencialmente antes y después de la intervención. Por otro lado, también se puede constatar que el nivel de preparación asistencial no es muy elevado si nos atenemos a la media obtenida (Ver Tablas 2.3.10, 12.3.11 y 2.3.12).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. siento prepar. asistencial.. cuid. enf.term | mujer | Cataluña | 3,0938 | ,89296 | 32 |
| | | Andalucía | 2,2500 | ,50000 | 4 |
| | | Total | 3,0000 | ,89443 | 36 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 3,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,2500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 3,1143 | ,86675 | 35 |
| | | Andalucía | 2,4000 | ,54772 | 5 |
| | | Total | 3,0250 | ,86194 | 40 |
| POST-1. siento prepar. asistencial. . cuid. enf.term | mujer | Cataluña | 2,7188 | ,88843 | 32 |
| | | Andalucía | 2,7500 | ,50000 | 4 |
| | | Total | 2,7222 | ,84890 | 36 |
| | hombre | Cataluña | 2,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 3,0000 | . | 1 |
| | | Total | 2,7500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 2,7143 | ,85994 | 35 |
| | | Andalucía | 2,8000 | ,44721 | 5 |
| | | Total | 2,7250 | ,81610 | 40 |
| POST-2. siento prepar. asistencial. . cuid. enf.term | mujer | Cataluña | 3,0313 | ,78224 | 32 |
| | | Andalucía | 3,2500 | ,50000 | 4 |
| | | Total | 3,0556 | ,75383 | 36 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,5000 | ,57735 | 4 |
| | Total | Cataluña | 3,0571 | ,76477 | 35 |
| | | Andalucía | 3,4000 | ,54772 | 5 |
| | | Total | 3,1000 | ,74421 | 40 |

Tabla 2.3.10. *Media de la variable preparado asistencialmente para cuidar enfermos terminales.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | 1,163 | 1 | 1,163 | 2,099 | ,156 |
| | Cuadrático | ,942 | 1 | ,942 | 1,379 | ,248 |
| fase * sexo | Lineal | ,001 | 1 | ,001 | ,002 | ,963 |
| | Cuadrático | ,280 | 1 | ,280 | ,409 | ,526 |
| fase * comunita | Lineal | 1,317 | 1 | 1,317 | 2,379 | ,132 |
| | Cuadrático | ,108 | 1 | ,108 | ,157 | ,694 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,001 | 1 | ,001 | ,002 | ,963 |
| | Cuadrático | ,013 | 1 | ,013 | ,019 | ,891 |
| Error(fase) | Lineal | 19,937 | 36 | ,554 | | |
| | Cuadrático | 24,590 | 36 | ,683 | | |

Tabla 2.3.11 *Resultados del análisis estadístico de la variable me siento preparado emocionalmente para cuidar enfermos terminales.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 273,947 | 1 | 273,947 | 353,753 | ,000 |
| sexo | 1,036 | 1 | 1,036 | 1,337 | ,255 |
| comunita | ,001 | 1 | ,001 | ,001 | ,970 |
| sexo * comunita | ,328 | 1 | ,328 | ,424 | ,519 |
| Error | 27,878 | 36 | ,774 | | |

Tabla 2.3.12. *Resultados del análisis estadístico de la variable me siento preparado emocionalmente para cuidar enfermos terminales.*

- **Importancia de los cuidados paliativos en los estudios de enfermería**

A los sujetos se les pedía que valoraran del uno al diez la importancia que tenía para ellos los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería. En la Tabla 2.3.13, se muestran los resultados del valor promedio de las respuestas por comunidad, sexo y fases. Como se puede observar en dicha Tabla, la media es muy alta, si tenemos en cuenta que la puntuación máxima podía ser 10, la media oscila alrededor de 8,5.

Existen diferencias significativas entre comunidades y entre ambos sexos: en Cataluña las mujeres superan a los hombres de una manera más clara que en Andalucía al valorar la importancia de la atención al enfermo terminal en los estudios de Enfermería (ver Tablas 2.3.14, y 2.3.15)

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|---|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. import. cuid. enf. term. en enfermería | mujer | Cataluña | 8,5625 | 1,10534 | 32 |
| | | Andalucía | 9,8000 | ,44721 | 5 |
| | | Total | 8,7297 | 1,12172 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 7,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 6,0000 | . | 1 |
| | | Total | 6,7500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 8,4286 | 1,17036 | 35 |
| | | Andalucía | 9,1667 | 1,60208 | 6 |
| | Total | Total | 8,5366 | 1,24695 | 41 |
| POST-1. import. cuid. enf.term. en enfermería | mujer | Cataluña | 8,8750 | ,90696 | 32 |
| | | Andalucía | 9,0000 | ,70711 | 5 |
| | | Total | 8,8919 | ,87508 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 8,3333 | 1,52753 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 7,5000 | 2,08167 | 4 |
| | Total | Cataluña | 8,8286 | ,95442 | 35 |
| | | Andalucía | 8,3333 | 1,75119 | 6 |
| | Total | Total | 8,7561 | 1,09042 | 41 |
| POST-2. import. cuid. enf.term. en enfermería | mujer | Cataluña | 8,7188 | 1,05446 | 32 |
| | | Andalucía | 9,8000 | ,44721 | 5 |
| | | Total | 8,8649 | 1,05836 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 7,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 7,0000 | . | 1 |
| | | Total | 7,5000 | ,57735 | 4 |
| | Total | Cataluña | 8,6286 | 1,05957 | 35 |
| | | Andalucía | 9,3333 | 1,21106 | 6 |
| | Total | Total | 8,7317 | 1,09600 | 41 |

Tabla 2.3.13 *Media de la variable importancia de los cuidados paliativos en los estudios de Enfermería.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | 1,062 | 1 | 1,062 | 2,253 | ,142 |
| | Cuadrático | ,484 | 1 | ,484 | ,431 | ,516 |
| fase * sexo | Lineal | ,729 | 1 | ,729 | 1,547 | ,221 |
| | Cuadrático | ,002 | 1 | ,002 | ,002 | ,968 |
| fase * comunita | Lineal | ,010 | 1 | ,010 | ,021 | ,885 |
| | Cuadrático | 5,323 | 1 | 5,323 | 4,742 | ,036 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,077 | 1 | ,077 | ,162 | ,689 |
| | Cuadrático | ,915 | 1 | ,915 | ,815 | ,372 |
| Error(fase) | Lineal | 17,443 | 37 | ,471 | | |
| | Cuadrático | 41,528 | 37 | 1,122 | | |

Tabla 2.3.14 *Resultados del análisis estadístico de la variable importancia de los cuidados paliativos en los estudios de Enfermería.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|----------|---------------|
| Intersección | 1953,504 | 1 | 1953,504 | 1451,216 | ,000 |
| sexo | 40,316 | 1 | 40,316 | 29,950 | ,000 |
| comunita | 1,392 | 1 | 1,392 | 1,034 | ,316 |
| sexo * comunita | 11,805 | 1 | 11,805 | 8,770 | ,005 |
| Error | 49,806 | 37 | 1,346 | | |

Tabla 2.3.15 *Resultados del análisis estadístico de la variable importancia de los cuidados paliativos en los estudios de Enfermería.*

- **Pregunta sobre el deseo de hacer prácticas clínicas**

Mediante una escala análogo-visual se le preguntaba al sujeto si le gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio de atención al enfermo moribundo. En las Tablas 2.3.16, 2.3.17 y 2.3.18, se muestran los resultados de esta variable. Hecho el análisis estadístico no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las fases PRE y POST-1 y POST-2 y entre género y comunidad. Es decir, la intervención parece ser que no ha influido en un aumento o disminución del deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales. Por otro lado, conviene destacar que la media no es muy alta si tenemos en cuenta que la puntuación máxima podía ser de 10.

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|---|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. gustaría hacer prácticas clin.en.ter. | mujer | Cataluña | 6,1000 | 2,83269 | 30 |
| | | Andalucía | 9,0000 | 1,00000 | 5 |
| | | Total | 6,5143 | 2,83229 | 35 |
| | hombre | Cataluña | 6,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,7500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 6,0909 | 2,70836 | 33 |
| | | Andalucía | 8,3333 | 1,86190 | 6 |
| | | Total | 6,4359 | 2,70278 | 39 |
| POST-1. gustaría hacer prácticas clin.en.ter. | mujer | Cataluña | 6,4667 | 2,59620 | 30 |
| | | Andalucía | 5,4000 | 2,50998 | 5 |
| | | Total | 6,3143 | 2,57558 | 35 |
| | hombre | Cataluña | 6,6667 | 1,52753 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 6,2500 | 1,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 6,4848 | 2,50151 | 33 |
| | | Andalucía | 5,3333 | 2,25093 | 6 |
| | | Total | 6,3077 | 2,47252 | 39 |
| POST-2. gustaría hacer prácticas clin.en.ter. | mujer | Cataluña | 6,1667 | 2,32057 | 30 |
| | | Andalucía | 7,2000 | 1,09545 | 5 |
| | | Total | 6,3143 | 2,20656 | 35 |
| | hombre | Cataluña | 4,3333 | 1,15470 | 3 |
| | | Andalucía | 8,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,2500 | 2,06155 | 4 |
| | Total | Cataluña | 6,0000 | 2,29129 | 33 |
| | | Andalucía | 7,3333 | 1,03280 | 6 |
| | | Total | 6,2051 | 2,19064 | 39 |

Tabla 2.3.16 *Media de la variable deseo de hacer prácticas clínicas con enfermos terminales.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,051 | 1 | ,051 | ,011 | ,916 |
| | Cuadrático | 2,383 | 1 | 2,383 | ,431 | ,516 |
| fase * sexo | Lineal | 3,001 | 1 | 3,001 | ,658 | ,423 |
| | Cuadrático | 2,383 | 1 | 2,383 | ,431 | ,516 |
| fase * comunita | Lineal | 2,502 | 1 | 2,502 | ,548 | ,464 |
| | Cuadrático | 15,490 | 1 | 15,490 | 2,800 | ,103 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 13,623 | 1 | 13,623 | 2,986 | ,093 |
| | Cuadrático | ,000 | 1 | ,000 | ,000 | ,993 |
| Error(fase) | Lineal | 159,667 | 35 | 4,562 | | |
| | Cuadrático | 193,644 | 35 | 5,533 | | |

Tabla 2.3.17 *Resultados del análisis estadístico de la variable me gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio de atención al enfermo terminal.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 1207,470 | 1 | 1207,470 | 154,039 | ,000 |
| sexo | 6,052 | 1 | 6,052 | ,772 | ,386 |
| comunita | 3,181 | 1 | 3,181 | ,406 | ,528 |
| sexo * comunita | ,741 | 1 | ,741 | ,095 | ,760 |
| Error | 274,356 | 35 | 7,839 | | |

Tabla 2.3.18. Resultados del análisis estadístico de la variable *me gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio de atención al enfermo terminal*.

- **Deseo de trabajar con enfermos ingresados en un hospital de agudos**

A continuación vamos a exponer los resultados referentes a las preferencias profesionales que manifiestan los estudiantes de esta investigación al terminal los estudios de Enfermería. Para ello, utilizamos una escala tipo Likert que iba del uno al siete. A la opción *no lo desearían en absoluto*, se le otorgó una puntuación de uno y si *lo desearía muchísimo* se le puntuó con un siete. Veamos las respuestas a las 10 propuestas profesionales que les expusimos.

Como se ha expuesto en el punto anterior, a los sujetos se les preguntaba si desearían en su futuro laboral, **trabajar con enfermos ingresados en un hospital de agudos**. En la Tabla 2.3.19, se muestran los valores promedio de esta variable.

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|-----------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. deseo trab. enferm.agudos | mujer | Cataluña | 5,2500 | 1,41421 | 32 |
| | | Andalucía | 4,6000 | 1,14018 | 5 |
| | | Total | 5,1622 | 1,38471 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,5000 | ,57735 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,2000 | 1,36769 | 35 |
| | | Andalucía | 4,5000 | 1,04881 | 6 |
| | | Total | 5,0976 | 1,33800 | 41 |
| POST-1. deseo trab. enferm.agudos | mujer | Cataluña | 5,2187 | 1,28852 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | ,83666 | 5 |
| | | Total | 5,1622 | 1,23634 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 6,0000 | ,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,5000 | 1,00000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,2857 | 1,25021 | 35 |
| | | Andalucía | 4,6667 | ,81650 | 6 |
| | | Total | 5,1951 | 1,20871 | 41 |
| POST-2. deseo trab. enferm.agudos | mujer | Cataluña | 4,5937 | 1,24069 | 32 |
| | | Andalucía | 5,0000 | ,70711 | 5 |
| | | Total | 4,6486 | 1,18360 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,0000 | ,81650 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,5429 | 1,22097 | 35 |
| | | Andalucía | 4,8333 | ,75277 | 6 |
| | | Total | 4,5854 | 1,16137 | 41 |

Tabla 2.3.19 *Valor promedio a la respuesta de la variable deseo de trabajar con enfermos ingresados en un hospital de agudos.*

Como se desprende de las Tablas 2.3.20 y 2.3.21, no se observan diferencias significativas entre fases, género y comunidad.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|------|---------------|
| fase | Lineal | ,272 | 1 | ,272 | ,203 | ,655 |
| | Cuadrático | 1,643 | 1 | 1,643 | ,974 | ,330 |
| fase * sexo | Lineal | ,054 | 1 | ,054 | ,040 | ,842 |
| | Cuadrático | ,800 | 1 | ,800 | ,474 | ,495 |
| fase * comunita | Lineal | ,949 | 1 | ,949 | ,708 | ,405 |
| | Cuadrático | 1,643 | 1 | 1,643 | ,974 | ,330 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,049 | 1 | ,049 | ,036 | ,850 |
| | Cuadrático | ,800 | 1 | ,800 | ,474 | ,495 |
| Error(fase) | Lineal | 49,543 | 37 | 1,339 | | |
| | Cuadrático | 62,398 | 37 | 1,686 | | |

Tabla 2.3.20 *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos agudos.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 671,208 | 1 | 671,208 | 401,117 | ,000 |
| sexo | 1,665 | 1 | 1,665 | ,995 | ,325 |
| comunita | 2,361 | 1 | 2,361 | 1,411 | ,242 |
| sexo * comunita | ,856 | 1 | ,856 | ,511 | ,479 |
| Error | 61,914 | 37 | 1,673 | | |

Tabla 2.3.21. *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos agudos.*

- **Deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer**

Al igual que en el apartado anterior, a los sujetos se les preguntaba si deseaban trabajar en su futuro laboral con enfermos terminales de cáncer. Hechas las pruebas estadísticas, no se observan cambios significativos entre fases, género y comunidad (Ver Tablas 2.3.22, 2.3.23 y 2.3.24).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. deseo trab. enferm.term.cáncer | mujer | Cataluña | 4,5313 | 1,60612 | 32 |
| | | Andalucía | 6,0000 | ,70711 | 5 |
| | | Total | 4,7297 | 1,59249 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,2500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,5143 | 1,54104 | 35 |
| | | Andalucía | 5,6667 | 1,03280 | 6 |
| | | Total | 4,6829 | 1,52380 | 41 |
| POST-1. deseo trab. enferm.term.cáncer | mujer | Cataluña | 4,8125 | 1,40132 | 32 |
| | | Andalucía | 5,0000 | ,70711 | 5 |
| | | Total | 4,8378 | 1,32316 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 5,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,7500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,8286 | 1,36092 | 35 |
| | | Andalucía | 4,8333 | ,75277 | 6 |
| | | Total | 4,8293 | 1,28262 | 41 |
| POST-2. deseo trab. enferm.term.cáncer | mujer | Cataluña | 4,5938 | 1,43368 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | ,83666 | 5 |
| | | Total | 4,6216 | 1,36120 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | 1,15470 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,7500 | 1,25831 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,4857 | 1,44245 | 35 |
| | | Andalucía | 4,8333 | ,75277 | 6 |
| | | Total | 4,5366 | 1,36194 | 41 |

Tabla 2.3.22 *Valor promedio de la variable deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,413 | 1 | ,413 | ,310 | ,581 |
| | Cuadrático | ,114 | 1 | ,114 | ,066 | ,798 |
| fase * sexo | Lineal | ,413 | 1 | ,413 | ,310 | ,581 |
| | Cuadrático | ,284 | 1 | ,284 | ,165 | ,687 |
| fase * comunita | Lineal | ,174 | 1 | ,174 | ,130 | ,720 |
| | Cuadrático | 2,287 | 1 | 2,287 | 1,331 | ,256 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 3,402 | 1 | 3,402 | 2,551 | ,119 |
| | Cuadrático | ,440 | 1 | ,440 | ,256 | ,616 |
| Error(fase) | Lineal | 49,337 | 37 | 1,333 | | |
| | Cuadrático | 63,578 | 37 | 1,718 | | |

Tabla 2.3.23 *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 653,981 | 1 | 653,981 | 233,158 | ,000 |
| sexo | 3,531 | 1 | 3,531 | 1,259 | ,269 |
| comunita | 1,027 | 1 | 1,027 | ,366 | ,549 |
| sexo * comunita | ,498 | 1 | ,498 | ,178 | ,676 |
| Error | 103,781 | 37 | 2,805 | | |

Tabla 2.3.24. *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer.*

- **Deseo de trabajar con enfermos en atención primaria**

Realizado el análisis estadístico, no se observan cambios significativos entre fases, género y comunidad. En otras palabras, la intervención no genera un aumento o disminución significativa en el deseo de trabajar con enfermos en atención primaria (Ver Tablas 2.3.25, 2.3.26 y 2.3.27).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|---------------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. deseo trab. atención primaria | mujer | Cataluña | 4,6562 | 1,73409 | 32 |
| | | Andalucía | 3,4000 | 2,30217 | 5 |
| | | Total | 4,4865 | 1,83518 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 5,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 7,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,5000 | 1,29099 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,6857 | 1,67633 | 35 |
| | | Andalucía | 4,0000 | 2,52982 | 6 |
| | | Total | 4,5854 | 1,80244 | 41 |
| POST-1. deseo trab. atención primaria | mujer | Cataluña | 4,8438 | 1,66771 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | 1,64317 | 5 |
| | | Total | 4,8378 | 1,64170 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 6,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,0000 | ,81650 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,8286 | 1,59937 | 35 |
| | | Andalucía | 5,0000 | 1,54919 | 6 |
| | | Total | 4,8537 | 1,57418 | 41 |
| POST-2. deseo trab. atención primaria | mujer | Cataluña | 4,7500 | 1,36783 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | 2,16795 | 5 |
| | | Total | 4,7568 | 1,46070 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 6,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,5000 | 1,29099 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,6857 | 1,34539 | 35 |
| | | Andalucía | 5,0000 | 2,00000 | 6 |
| | | Total | 4,7317 | 1,43221 | 41 |

Tabla 2.3.25 *Valor promedio de la variable deseo de trabajar con enfermos en atención primaria.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,082 | 1 | ,082 | ,066 | ,799 |
| | Cuadrático | ,110 | 1 | ,110 | ,056 | ,815 |
| fase * sexo | Lineal | 3,901 | 1 | 3,901 | 3,140 | ,085 |
| | Cuadrático | ,587 | 1 | ,587 | ,299 | ,588 |
| fase * comunita | Lineal | ,545 | 1 | ,545 | ,439 | ,512 |
| | Cuadrático | ,005 | 1 | ,005 | ,002 | ,960 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,545 | 1 | ,545 | ,439 | ,512 |
| | Cuadrático | ,641 | 1 | ,641 | ,326 | ,572 |
| Error(fase) | Lineal | 45,959 | 37 | 1,242 | | |
| | Cuadrático | 72,723 | 37 | 1,965 | | |

Tabla 2.3.26 *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos en atención primaria.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 764,848 | 1 | 764,848 | 162,433 | ,000 |
| sexo | 6,251 | 1 | 6,251 | 1,328 | ,257 |
| comunita | 3,552 | 1 | 3,552 | ,754 | ,391 |
| sexo * comunita | 9,234 | 1 | 9,234 | 1,961 | ,170 |
| Error | 174,222 | 37 | 4,709 | | |

Tabla 2.3.27 *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos en atención primaria.*

• **Deseo de trabajar con enfermos terminales de sida**

A través de esta pregunta tipo Likert, se pretendía averiguar el grado de deseo de trabajar con enfermos terminales de SIDA. Realizados los análisis estadísticos, se observa que la intervención no ha generado cambios estadísticamente significativos (Tablas 2.3.28, 2.3.29 y 2.3.30).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. enfermos de sida | mujer | Cataluña | 4,3750 | 1,73670 | 32 |
| | | Andalucía | 6,2000 | ,83666 | 5 |
| | | Total | 4,6216 | 1,75359 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,6667 | 1,15470 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,5000 | 1,00000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,4000 | 1,68383 | 35 |
| | | Andalucía | 5,8333 | 1,16905 | 6 |
| | | Total | 4,6098 | 1,68639 | 41 |
| POST-1. enfermos de sida | mujer | Cataluña | 4,5313 | 1,60612 | 32 |
| | | Andalucía | 5,2000 | 1,30384 | 5 |
| | | Total | 4,6216 | 1,56970 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 5,3333 | 1,15470 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,0000 | 1,15470 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,6000 | 1,57555 | 35 |
| | | Andalucía | 5,0000 | 1,26491 | 6 |
| | | Total | 4,6585 | 1,52659 | 41 |
| POST-2. enfermos de sida | mujer | Cataluña | 4,5000 | 1,54502 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | ,83666 | 5 |
| | | Total | 4,5405 | 1,46429 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,5000 | ,57735 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,4000 | 1,51851 | 35 |
| | | Andalucía | 4,6667 | ,81650 | 6 |
| | | Total | 4,4390 | 1,43263 | 41 |

Tabla 2.3.28 *Valor promedio por fases, género y comunidad de la variable deseo de trabajar con enfermos terminales de SIDA.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | 2,174 | 1 | 2,174 | 1,445 | ,237 |
| | Cuadrático | ,541 | 1 | ,541 | ,214 | ,647 |
| fase * sexo | Lineal | ,001 | 1 | ,001 | ,001 | ,979 |
| | Cuadrático | 1,010 | 1 | 1,010 | ,398 | ,532 |
| fase * comunita | Lineal | ,012 | 1 | ,012 | ,008 | ,930 |
| | Cuadrático | 1,271 | 1 | 1,271 | ,501 | ,483 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 2,611 | 1 | 2,611 | 1,735 | ,196 |
| | Cuadrático | ,376 | 1 | ,376 | ,148 | ,702 |
| Error(fase) | Lineal | 55,683 | 37 | 1,505 | | |
| | Cuadrático | 93,790 | 37 | 2,535 | | |

Tabla 2.3.29 *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos terminales de SIDA.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 643,059 | 1 | 643,059 | 204,417 | ,000 |
| sexo | 3,890 | 1 | 3,890 | 1,237 | ,273 |
| comunita | ,454 | 1 | ,454 | ,144 | ,706 |
| sexo * comunita | 3,629 | 1 | 3,629 | 1,154 | ,290 |
| Error | 116,395 | 37 | 3,146 | | |

Tabla 2.3.30 *Resultados del análisis estadístico de la variable deseo de trabajar con enfermos terminales de SIDA.*

• **Deseo de trabajar con enfermos pediátricos**

De todas las preferencias profesionales, el deseo de trabajar con enfermos pediátricos es la opción más valorada de todas las opciones propuestas. Esta preferencia se mantiene por fases, es decir, la impartición del seminario no generó cambios en el deseo de trabajar con un tipo determinado de enfermos al terminar los estudios de Enfermería. No obstante, se observa una disminución significativa por fases en los hombres por desear trabajar con enfermos pediátricos. En conjunto, son las mujeres las que muestran un deseo superior de trabajar con este tipo de enfermos. Por comunidad, en Andalucía se muestra una disminución significativa de trabajar con enfermos pediátricos, 2.3.31, 2.3.32, 2.3.33 y gráficas 2.3.1 y 2.3.2).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. enfermos pediátricos | mujer | Cataluña | 5,8750 | 1,33803 | 32 |
| | | Andalucía | 7,0000 | ,00000 | 4 |
| | | Total | 6,0000 | 1,30931 | 36 |
| | hombre | Cataluña | 5,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,2500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,8571 | 1,28665 | 35 |
| | | Andalucía | 6,4000 | 1,34164 | 5 |
| | | Total | 5,9250 | 1,28876 | 40 |
| POST-1. enfermos pediátricos | mujer | Cataluña | 5,5313 | 1,70359 | 32 |
| | | Andalucía | 3,7500 | 1,50000 | 4 |
| | | Total | 5,3333 | 1,75662 | 36 |
| | hombre | Cataluña | 5,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,2500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,5429 | 1,63316 | 35 |
| | | Andalucía | 3,8000 | 1,30384 | 5 |
| | | Total | 5,3250 | 1,68534 | 40 |
| POST-2. enfermos pediátricos | mujer | Cataluña | 5,9375 | 1,01401 | 32 |
| | | Andalucía | 5,0000 | 1,82574 | 4 |
| | | Total | 5,8333 | 1,13389 | 36 |
| | hombre | Cataluña | 3,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 2,0000 | . | 1 |
| | | Total | 2,7500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,6857 | 1,30094 | 35 |
| | | Andalucía | 4,4000 | 2,07364 | 5 |
| | | Total | 5,5250 | 1,44980 | 40 |

Tabla 2.3.31 *Valor promedio del deseo de trabajar con enfermos pediátricos..*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|--------|---------------|
| fase | Lineal | 13,507 | 1 | 13,507 | 11,782 | ,002 |
| | Cuadrático | ,035 | 1 | ,035 | ,013 | ,911 |
| fase * sexo | Lineal | 2,307 | 1 | 2,307 | 2,012 | ,165 |
| | Cuadrático | 10,151 | 1 | 10,151 | 3,656 | ,064 |
| fase * comunita | Lineal | ,603 | 1 | ,603 | ,526 | ,473 |
| | Cuadrático | 2,014 | 1 | 2,014 | ,725 | ,400 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 2,307 | 1 | 2,307 | 2,012 | ,165 |
| | Cuadrático | ,981 | 1 | ,981 | ,353 | ,556 |
| Error(fase) | Lineal | 41,271 | 36 | 1,146 | | |
| | Cuadrático | 99,944 | 36 | 2,776 | | |

Tabla 2.3.32 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos pediátricos.*

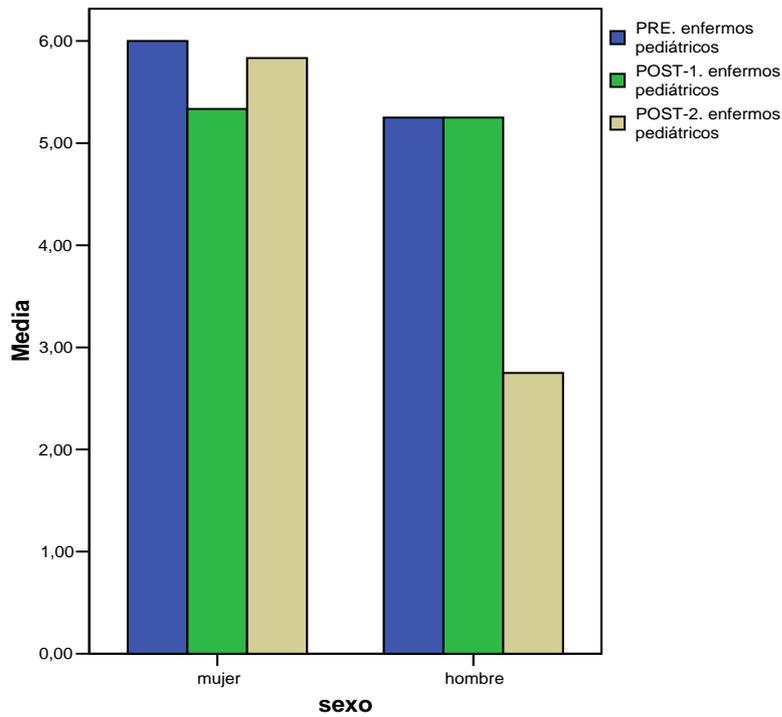
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

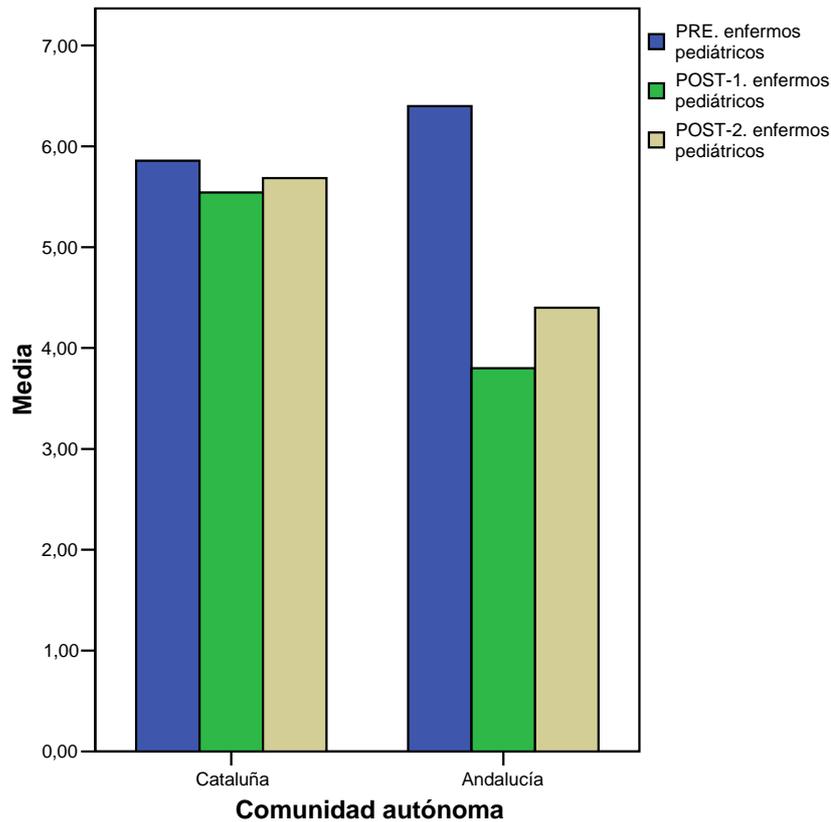
Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 680,851 | 1 | 680,851 | 436,040 | ,000 |
| sexo | 15,844 | 1 | 15,844 | 10,147 | ,003 |
| comunita | 7,253 | 1 | 7,253 | 4,645 | ,038 |
| sexo * comunita | 1,549 | 1 | 1,549 | ,992 | ,326 |
| Error | 56,212 | 36 | 1,561 | | |

Tabla 2.3.33 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos pediátricos.*



Gráfica 2.3.1 *Deseo de trabajar con enfermos pediátricos por género.*



Gráfica 2.3.2 *Deseo de trabajar con enfermos pediátricos por comunidad.*

- **Deseo de trabajar con enfermos terminales geriátricos**

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las fases PRE y POST de la impartición del seminario. Es decir, el seminario no ha influido en un aumento o disminución del deseo de trabajar con enfermos terminales geriátricos. Lo mismo ocurre en relación al género y comunidad (Ver Tablas 2.3.34, 2.3.35 y 2.3.36).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. terminales geriátricos | mujer | Cataluña | 4,4375 | 1,34254 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | 1,92354 | 5 |
| | | Total | 4,4865 | 1,40676 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,5000 | ,57735 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,3429 | 1,32716 | 35 |
| | | Andalucía | 4,6667 | 1,75119 | 6 |
| | | Total | 4,3902 | 1,37619 | 41 |
| POST-1. terminales geriátricos | mujer | Cataluña | 4,5937 | 1,81142 | 32 |
| | | Andalucía | 3,6000 | 1,51658 | 5 |
| | | Total | 4,4595 | 1,78877 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,0000 | 2,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 6,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,5000 | 1,91485 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,5429 | 1,80429 | 35 |
| | | Andalucía | 4,0000 | 1,67332 | 6 |
| | | Total | 4,4634 | 1,77620 | 41 |
| POST-2. terminales geriátricos | mujer | Cataluña | 4,5938 | 1,45601 | 32 |
| | | Andalucía | 5,8000 | ,83666 | 5 |
| | | Total | 4,7568 | 1,44155 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 7,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,0000 | 2,16025 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,4571 | 1,48211 | 35 |
| | | Andalucía | 6,0000 | ,89443 | 6 |
| | | Total | 4,6829 | 1,50730 | 41 |

Tabla 2.3.34 *Media del deseo de trabajar con enfermos terminales geriátricos por comunidad y género.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | 4,670 | 1 | 4,670 | 3,495 | ,069 |
| | Cuadrático | ,035 | 1 | ,035 | ,017 | ,897 |
| fase * sexo | Lineal | ,729 | 1 | ,729 | ,546 | ,465 |
| | Cuadrático | 3,721 | 1 | 3,721 | 1,788 | ,189 |
| fase * comunita | Lineal | 5,576 | 1 | 5,576 | 4,173 | ,048 |
| | Cuadrático | 1,900 | 1 | 1,900 | ,913 | ,346 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 1,981 | 1 | 1,981 | 1,482 | ,231 |
| | Cuadrático | ,889 | 1 | ,889 | ,427 | ,517 |
| Error(fase) | Lineal | 49,443 | 37 | 1,336 | | |
| | Cuadrático | 77,014 | 37 | 2,081 | | |

Tabla 2.3.35 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos geriátricos.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 648,190 | 1 | 648,190 | 178,548 | ,000 |
| sexo | ,052 | 1 | ,052 | ,014 | ,906 |
| comunita | 11,173 | 1 | 11,173 | 3,078 | ,088 |
| sexo * comunita | 7,906 | 1 | 7,906 | 2,178 | ,148 |
| Error | 134,322 | 37 | 3,630 | | |

Tabla 2.3.36 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos geriátricos.*

• **Deseo de trabajar con enfermos ingresados en una UVI**

En la Tabla 2.3.37 se refleja el valor promedio de esta variable. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ni por comunidad ni por género ni por fases (Ver también Tablas 2.3.38 y 2.3.39).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|---------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. ingresados en UVI | mujer | Cataluña | 5,2500 | 1,54502 | 32 |
| | | Andalucía | 6,4000 | 1,34164 | 5 |
| | | Total | 5,4054 | 1,55384 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 4,6667 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,5000 | ,57735 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,2000 | 1,49115 | 35 |
| | | Andalucía | 6,0000 | 1,54919 | 6 |
| | | Total | 5,3171 | 1,50730 | 41 |
| POST-1. ingresados en UVI | mujer | Cataluña | 5,2188 | 1,45324 | 32 |
| | | Andalucía | 5,6000 | 1,14018 | 5 |
| | | Total | 5,2703 | 1,40730 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 6,0000 | ,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,5000 | 1,00000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,2857 | 1,40527 | 35 |
| | | Andalucía | 5,3333 | 1,21106 | 6 |
| | | Total | 5,2927 | 1,36462 | 41 |
| POST-2. ingresados en UVI | mujer | Cataluña | 5,0937 | 1,37628 | 32 |
| | | Andalucía | 4,8000 | 1,30384 | 5 |
| | | Total | 5,0541 | 1,35290 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 5,0000 | ,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 6,0000 | . | 1 |
| | | Total | 5,2500 | ,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,0857 | 1,31443 | 35 |
| | | Andalucía | 5,0000 | 1,26491 | 6 |
| | | Total | 5,0732 | 1,29210 | 41 |

Tabla 2.3.37 *Valor promedio de la variable deseo de trabajar con enfermos ingresados en una UVI.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,106 | 1 | ,106 | ,061 | ,807 |
| | Cuadrático | ,019 | 1 | ,019 | ,009 | ,923 |
| fase * sexo | Lineal | 5,345 | 1 | 5,345 | 3,040 | ,090 |
| | Cuadrático | ,006 | 1 | ,006 | ,003 | ,957 |
| fase * comunita | Lineal | ,016 | 1 | ,016 | ,009 | ,925 |
| | Cuadrático | 2,088 | 1 | 2,088 | 1,009 | ,322 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 3,092 | 1 | 3,092 | 1,759 | ,193 |
| | Cuadrático | 1,915 | 1 | 1,915 | ,925 | ,342 |
| Error(fase) | Lineal | 65,043 | 37 | 1,758 | | |
| | Cuadrático | 76,564 | 37 | 2,069 | | |

Tabla 2.3.38 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos ingresados en una UVI.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 819,732 | 1 | 819,732 | 396,745 | ,000 |
| sexo | 1,548 | 1 | 1,548 | ,749 | ,392 |
| comunita | ,039 | 1 | ,039 | ,019 | ,891 |
| sexo * comunita | 1,797 | 1 | 1,797 | ,870 | ,357 |
| Error | 76,447 | 37 | 2,066 | | |

Tabla 2.3.39 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos ingresados en una UVI.*

• **Deseo de trabajar con enfermos ingresados en un servicio de urgencias**

La Tabla 2.3.40 muestra el valor promedio del análisis de esta variable. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ni por comunidad ni por sexo (Tablas 2.3.41 y 2.3.42). Una vez más, la impartición del seminario no ha influido para aumentar o disminuir el deseo de trabajar con enfermos ingresados en Urgencias. Aunque si nos atenemos a los resultados, podemos destacar que la media es alta si tenemos en cuenta que la puntuación máxima podía ser de 7, por lo que se deduce que existe un deseo alto de trabajar con este tipo de enfermos.

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|---------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. ingresados en Urgencias | mujer | Cataluña | 5,4063 | 1,64335 | 32 |
| | | Andalucía | 6,2000 | 1,09545 | 5 |
| | | Total | 5,5135 | 1,59202 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 6,0000 | 1,41421 | 2 |
| | | Andalucía | 7,0000 | . | 1 |
| | | Total | 6,3333 | 1,15470 | 3 |
| | Total | Cataluña | 5,4412 | 1,61791 | 34 |
| | | Andalucía | 6,3333 | 1,03280 | 6 |
| | | Total | 5,5750 | 1,56709 | 40 |
| POST-1. ingresados en Urgencias | mujer | Cataluña | 5,5937 | 1,38795 | 32 |
| | | Andalucía | 5,8000 | 1,64317 | 5 |
| | | Total | 5,6216 | 1,40141 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 6,5000 | ,70711 | 2 |
| | | Andalucía | 6,0000 | . | 1 |
| | | Total | 6,3333 | ,57735 | 3 |
| | Total | Cataluña | 5,6471 | 1,36809 | 34 |
| | | Andalucía | 5,8333 | 1,47196 | 6 |
| | | Total | 5,6750 | 1,36603 | 40 |
| POST-2. ingresados en Urgencias | mujer | Cataluña | 5,5938 | 1,21441 | 32 |
| | | Andalucía | 5,4000 | 1,51658 | 5 |
| | | Total | 5,5676 | 1,23694 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 6,0000 | 1,41421 | 2 |
| | | Andalucía | 7,0000 | . | 1 |
| | | Total | 6,3333 | 1,15470 | 3 |
| | Total | Cataluña | 5,6176 | 1,20641 | 34 |
| | | Andalucía | 5,6667 | 1,50555 | 6 |
| | | Total | 5,6250 | 1,23387 | 40 |

Tabla 2.3.40 *Media del deseo de trabajar con enfermos ingresados en Urgencias.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|------|---------------|
| fase | Lineal | ,108 | 1 | ,108 | ,115 | ,736 |
| | Cuadrático | ,064 | 1 | ,064 | ,028 | ,867 |
| fase * sexo | Lineal | ,108 | 1 | ,108 | ,115 | ,736 |
| | Cuadrático | ,136 | 1 | ,136 | ,060 | ,807 |
| fase * comunita | Lineal | ,282 | 1 | ,282 | ,300 | ,587 |
| | Cuadrático | ,978 | 1 | ,978 | ,436 | ,513 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,282 | 1 | ,282 | ,300 | ,587 |
| | Cuadrático | ,762 | 1 | ,762 | ,339 | ,564 |
| Error(fase) | Lineal | 33,838 | 36 | ,940 | | |
| | Cuadrático | 80,813 | 36 | 2,245 | | |

Tabla 2.3.41 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos ingresados en Urgencias.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 1011,859 | 1 | 1011,859 | 350,913 | ,000 |
| sexo | 3,910 | 1 | 3,910 | 1,356 | ,252 |
| comunita | 1,024 | 1 | 1,024 | ,355 | ,555 |
| sexo * comunita | ,093 | 1 | ,093 | ,032 | ,859 |
| Error | 103,806 | 36 | 2,884 | | |

Tabla 2.3.42 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos ingresados en Urgencias.*

• **Deseo de trabajar con enfermos terminales de raza gitana**

No existen diferencias estadísticamente significativas ni por comunidad ni por sexo ni por fases, en lo referente al deseo de trabajar con enfermos terminales de raza gitana. Cabe resaltar que la media es baja, es decir, no se desea trabajar con este tipo de enfermos (Ver Tablas 2.3.43, 2.3.44 y 2.3.45).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. tip. | N |
|-----------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. terminales de raza gitana | mujer | Cataluña | 4,4688 | 1,54470 | 32 |
| | | Andalucía | 5,8000 | 1,64317 | 5 |
| | | Total | 4,6486 | 1,60236 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 2,6667 | 1,15470 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,2500 | 1,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,3143 | 1,58618 | 35 |
| | | Andalucía | 5,6667 | 1,50555 | 6 |
| | | Total | 4,5122 | 1,62975 | 41 |
| POST-1. terminales de raza gitana | mujer | Cataluña | 4,5313 | 1,58591 | 32 |
| | | Andalucía | 4,4000 | ,89443 | 5 |
| | | Total | 4,5135 | 1,50225 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 5,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,7500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,5714 | 1,53940 | 35 |
| | | Andalucía | 4,3333 | ,81650 | 6 |
| | | Total | 4,5366 | 1,45082 | 41 |
| POST-2. terminales de raza gitana | mujer | Cataluña | 4,6250 | 1,51870 | 32 |
| | | Andalucía | 4,6000 | ,54772 | 5 |
| | | Total | 4,6216 | 1,42110 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 2,3333 | ,57735 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,0000 | 1,41421 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,4286 | 1,59569 | 35 |
| | | Andalucía | 4,6667 | ,51640 | 6 |
| | | Total | 4,4634 | 1,48488 | 41 |

Tabla 2.3.43 *Media del deseo de trabajar con enfermos terminales de raza gitana.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,606 | 1 | ,606 | ,424 | ,519 |
| | Cuadrático | ,200 | 1 | ,200 | ,070 | ,792 |
| fase * sexo | Lineal | ,161 | 1 | ,161 | ,113 | ,739 |
| | Cuadrático | 2,285 | 1 | 2,285 | ,805 | ,375 |
| fase * comunita | Lineal | ,334 | 1 | ,334 | ,234 | ,631 |
| | Cuadrático | 7,821 | 1 | 7,821 | 2,755 | ,105 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | ,912 | 1 | ,912 | ,639 | ,429 |
| | Cuadrático | 3,142 | 1 | 3,142 | 1,107 | ,300 |
| Error(fase) | Lineal | 52,843 | 37 | 1,428 | | |
| | Cuadrático | 105,028 | 37 | 2,839 | | |

Tabla 2.3.44. *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos terminales de raza gitana.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 585,540 | 1 | 585,540 | 251,626 | ,000 |
| sexo | 4,172 | 1 | 4,172 | 1,793 | ,189 |
| comunita | 5,706 | 1 | 5,706 | 2,452 | ,126 |
| sexo * comunita | 1,700 | 1 | 1,700 | ,731 | ,398 |
| Error | 86,100 | 37 | 2,327 | | |

Tabla 2.3.45. *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos terminales de raza gitana.*

• **Deseo de trabajar con enfermos de otra raza o cultura**

En la Tabla 2.3.46, se muestra el valor promedio del deseo de trabajar con enfermos de otra raza o cultura. Realizado el análisis estadístico se observa en Andalucía un descenso muy acusado en el deseo en la segunda fase. Por otro lado, las mujeres presentan un deseo de trabajar con este tipo de enfermos significativamente superior a los hombres (Ver Tablas 2.3.47, 2.3.48 y Gráfica 2.3.3).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|----|
| PRE. de otra raza o cultura | mujer | Cataluña | 5,0625 | 1,26841 | 32 |
| | | Andalucía | 6,4000 | 1,34164 | 5 |
| | | Total | 5,2432 | 1,34175 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,3333 | 1,52753 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,7500 | 1,50000 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,9143 | 1,35845 | 35 |
| | | Andalucía | 6,1667 | 1,32916 | 6 |
| | | Total | 5,0976 | 1,41076 | 41 |
| POST-1. de otra raza o cultura | mujer | Cataluña | 5,0625 | 1,24272 | 32 |
| | | Andalucía | 4,4000 | ,89443 | 5 |
| | | Total | 4,9730 | 1,21304 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 5,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 4,0000 | . | 1 |
| | | Total | 4,7500 | ,95743 | 4 |
| | Total | Cataluña | 5,0571 | 1,21129 | 35 |
| | | Andalucía | 4,3333 | ,81650 | 6 |
| | | Total | 4,9512 | 1,18218 | 41 |
| POST-2. de otra raza o cultura | mujer | Cataluña | 5,1250 | ,94186 | 32 |
| | | Andalucía | 5,0000 | 1,00000 | 5 |
| | | Total | 5,1081 | ,93642 | 37 |
| | hombre | Cataluña | 3,0000 | 1,00000 | 3 |
| | | Andalucía | 5,0000 | . | 1 |
| | | Total | 3,5000 | 1,29099 | 4 |
| | Total | Cataluña | 4,9429 | 1,10992 | 35 |
| | | Andalucía | 5,0000 | ,89443 | 6 |
| | | Total | 4,9512 | 1,07124 | 41 |

Tabla 2.3.46 *Media del deseo de trabajar con enfermos de otra raza o cultura.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|------------|----------------------------|----|------------------|-------|---------------|
| fase | Lineal | ,892 | 1 | ,892 | 1,143 | ,292 |
| | Cuadrático | ,106 | 1 | ,106 | ,063 | ,803 |
| fase * sexo | Lineal | ,322 | 1 | ,322 | ,413 | ,524 |
| | Cuadrático | 1,996 | 1 | 1,996 | 1,199 | ,281 |
| fase * comunita | Lineal | ,407 | 1 | ,407 | ,522 | ,474 |
| | Cuadrático | 7,170 | 1 | 7,170 | 4,305 | ,045 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 1,031 | 1 | 1,031 | 1,321 | ,258 |
| | Cuadrático | 1,043 | 1 | 1,043 | ,626 | ,434 |
| Error(fase) | Lineal | 28,871 | 37 | ,780 | | |
| | Cuadrático | 61,624 | 37 | 1,666 | | |

Tabla 2.3.47 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos de otra raza o cultura.*

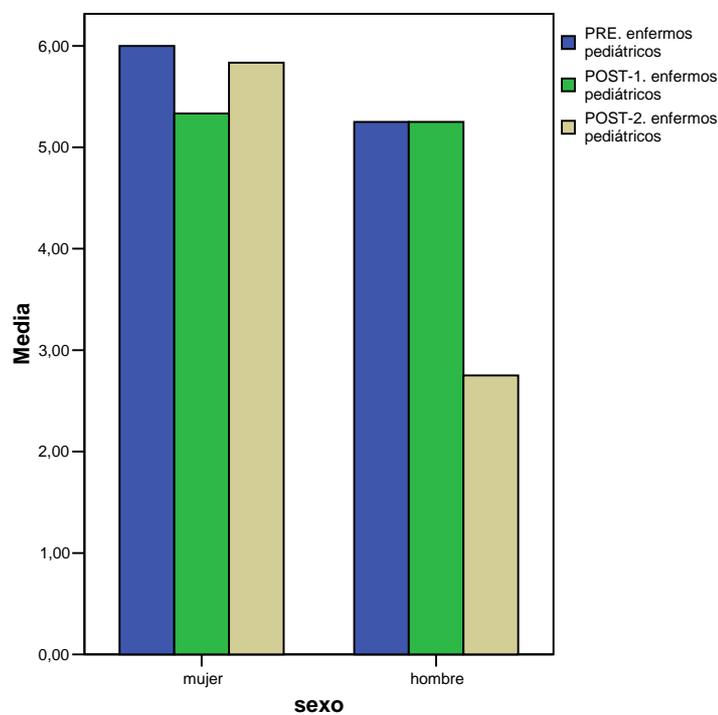
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| Intersección | 677,301 | 1 | 677,301 | 433,400 | ,000 |
| sexo | 6,963 | 1 | 6,963 | 4,455 | ,042 |
| comunita | 2,204 | 1 | 2,204 | 1,411 | ,243 |
| sexo * comunita | ,955 | 1 | ,955 | ,611 | ,439 |
| Error | 57,822 | 37 | 1,563 | | |

Tabla 2.3.48 *Resultados del análisis estadístico del deseo de trabajar con enfermos de otra raza o cultura.*



Gráfica 2.3.3 *Media del deseo de trabajar con enfermos de otra raza o cultura por sexo y fases.*

• **Escala de Bugen de Afrontamiento a la Muerte**

Al igual que en el estudio principal, sólo se han utilizado 12 ítems de la escala de Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen. Las respuestas de los estudiantes podían ir desde un *totalmente en desacuerdo* con la afirmación propuesta que se le otorgaba una puntuación de uno, hasta *totalmente de acuerdo* con una puntuación de siete. Para analizar la

mediación del seminario en la competencia percibida ante la muerte, hemos creído oportuno analizar los resultados por fases (PRE y POST-1), es decir, antes de empezar el seminario y a las dos semanas de haber concluido el mismo. No hemos analizado la tercera fase (POST-2), debido al escaso número de alumnos que participaron en esta fase. Por otro lado, se analizan los resultados por género, comunidad y por Competencia Percibida global.

Como se observa en la Tabla 2.3.49, los hombres se sienten de forma estadísticamente significativa, más competentes en *afrentar pérdidas futuras* y en *afrentar la muerte de seres cercanos*.

En la Tabla 2.3.50, se muestran los resultados obtenidos en la fase PRE por comunidad, no observándose diferencias significativas entre Andalucía y Cataluña.

En la Tabla 2.3.51, se muestran los resultados por género de la fase POST-1, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

La Tabla 2.3.52, muestra los resultados por comunidad en la fase POST-1 observándose diferencias significativas en lo referente a la *capacidad para afrontar pérdidas futuras*, la *capacidad para afrontar la muerte de seres cercanos*, la *capacidad para escuchar a los demás*, *pasar tiempo con el enfermo terminal*, *ayudar a elaborar sobre la muerte* y la *capacidad para comunicarse con un enfermo moribundo*. Es decir, a los alumnos de la comunidad andaluza la asistencia al seminario les sirvió para aumentar de forma significativa, la Competencia Percibida en los aspectos antes mencionados.

En las Tablas 2.3.53, 2.3.54 y 2.3.55, se pueden observar los resultados de la Competencia Percibida total, en donde de forma estadísticamente significativa, los alumnos de Andalucía muestran un aumento de la Competencia Percibida de forma global, después de la asistencia al seminario. Es decir, la impartición del seminario sirvió para aumentar la Competencia Percibida Frente la Muerte de los alumnos de la comunidad andaluza.

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------|-----|--------|--------------------|------|
| PRE. preparado proceso morir | mujer | 140 | 3,2000 | 1,80806 | ,192 |
| | hombre | 36 | 3,6389 | 1,74279 | |
| PRE. preparado para afrontar mi muerte | mujer | 140 | 3,2571 | 1,95405 | ,115 |
| | hombre | 36 | 3,8333 | 1,90488 | |
| PRE. puedo expresar mis miedos | mujer | 140 | 5,1000 | 1,51396 | ,730 |
| | hombre | 36 | 5,0000 | 1,67332 | |
| PRE. puedo hablar muerte amigos-familia | mujer | 140 | 4,8714 | 1,86155 | ,502 |
| | hombre | 36 | 5,1111 | 2,06713 | |
| PRE. capaz de afrontar pérdidas futuras | mujer | 140 | 3,4143 | 1,63146 | ,010 |
| | hombre | 36 | 4,2222 | 1,77460 | |
| PRE. capaz manejar muerte seres cercanos | mujer | 140 | 3,2571 | 1,61098 | ,023 |
| | hombre | 36 | 3,9722 | 1,85913 | |
| PRE. sé escuchar a los demás | mujer | 140 | 5,3929 | 1,38177 | ,186 |
| | hombre | 36 | 5,7222 | 1,08525 | |
| PRE. sé como hablar con los niños de la muerte | mujer | 140 | 3,8714 | 1,71679 | ,957 |
| | hombre | 36 | 3,8889 | 1,70340 | |
| PRE. puedo pasar tiempo con enfermos terminales | mujer | 140 | 4,7143 | 1,52337 | ,607 |
| | hombre | 36 | 4,8611 | 1,53349 | |
| PRE. puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | mujer | 140 | 3,9286 | 1,42255 | ,269 |
| | hombre | 36 | 4,2222 | 1,39614 | |
| PRE. capaz de hablar con amigo o familiar de la muerte | mujer | 140 | 4,1929 | 1,83058 | ,247 |
| | hombre | 36 | 4,5833 | 1,66261 | |
| PRE. puedo comunicarme con enfermo moribundo | mujer | 140 | 4,8643 | 1,42036 | ,678 |
| | hombre | 36 | 4,9722 | 1,25325 | |

Tabla 2.3.49 *Resultados del análisis estadístico de la Competencia Percibida por género en la fase PRE.*

| | Comunidad autónoma | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|--------------------|-----|--------|-----------------|------|
| PRE. preparado procesc morir | Cataluña | 52 | 3,3462 | 2,00865 | ,789 |
| | Andalucía | 124 | 3,2661 | 1,71132 | |
| PRE. preparado para afrontar mi muerte | Cataluña | 52 | 3,3654 | 2,09602 | ,966 |
| | Andalucía | 124 | 3,3790 | 1,89819 | |
| PRE. puedo expresar mi miedos | Cataluña | 52 | 5,1154 | 1,57995 | ,843 |
| | Andalucía | 124 | 5,0645 | 1,53412 | |
| PRE. puedo hablar muerte amigos-familia | Cataluña | 52 | 4,7500 | 1,94911 | ,443 |
| | Andalucía | 124 | 4,9919 | 1,88488 | |
| PRE. capaz de afrontar pérdidas futuras | Cataluña | 52 | 3,4038 | 1,53724 | ,373 |
| | Andalucía | 124 | 3,6532 | 1,74861 | |
| PRE. capaz manejar muerte seres cercanos | Cataluña | 52 | 3,2115 | 1,68426 | ,329 |
| | Andalucía | 124 | 3,4839 | 1,68438 | |
| PRE. sé escuchar a los demás | Cataluña | 52 | 5,4038 | 1,41781 | ,717 |
| | Andalucía | 124 | 5,4839 | 1,29718 | |
| PRE. sé como hablar co los niños de la muerte | Cataluña | 52 | 4,1154 | 1,75626 | ,228 |
| | Andalucía | 124 | 3,7742 | 1,68609 | |
| PRE. puedo pasar tiemp con enfermos terminales | Cataluña | 52 | 4,8846 | 1,56749 | ,430 |
| | Andalucía | 124 | 4,6855 | 1,50537 | |
| PRE. puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | Cataluña | 52 | 4,2115 | 1,21003 | ,178 |
| | Andalucía | 124 | 3,8952 | 1,49154 | |
| PRE. capaz de hablar cc amigo o familiar de la | Cataluña | 52 | 4,5000 | 1,90459 | ,279 |
| | Andalucía | 124 | 4,1774 | 1,75327 | |

Tabla 2.3.50 *Resultados del análisis estadístico de la Competencia Percibida por comunidad en la fase PRE.*

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------|-----|--------|--------------------|------|
| POST-1. preparado proceso morir | mujer | 141 | 3,4752 | 1,63699 | ,323 |
| | hombre | 36 | 3,7778 | 1,62324 | |
| POST-1. preparado para afrontar mi muerte | mujer | 141 | 3,5106 | 1,79530 | ,372 |
| | hombre | 36 | 3,8056 | 1,63566 | |
| POST-1. puedo expresar mis miedos | mujer | 141 | 5,2411 | 1,48276 | ,299 |
| | hombre | 36 | 5,5278 | 1,44393 | |
| POST-1. puedo hablar muerte amigos-familia | mujer | 141 | 4,8227 | 1,66168 | ,193 |
| | hombre | 36 | 5,2222 | 1,53271 | |
| POST-1. capaz de afrontar pérdidas futuras | mujer | 141 | 3,8298 | 1,62550 | ,989 |
| | hombre | 36 | 3,8333 | 1,25357 | |
| POST-1. capaz manejar muerte seres cercanos | mujer | 141 | 3,6809 | 1,54605 | ,884 |
| | hombre | 36 | 3,7222 | 1,42651 | |
| POST-1. sé escuchar a los demás | mujer | 141 | 5,4184 | 1,15978 | ,894 |
| | hombre | 36 | 5,3889 | 1,29345 | |
| POST-1. sé como hablar con los niños de la | mujer | 141 | 4,1064 | 1,49620 | ,702 |
| | hombre | 36 | 4,0000 | 1,43427 | |
| POST-1. puedo pasar tiempo con enfermos | mujer | 141 | 4,9716 | 1,36771 | ,998 |
| | hombre | 36 | 4,9722 | 1,29804 | |
| POST-1. puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | mujer | 141 | 4,5603 | 1,27822 | ,106 |
| | hombre | 36 | 4,9444 | 1,21760 | |
| POST-1. capaz de hablar con amigo o familiar de | mujer | 141 | 4,7092 | 1,52381 | ,394 |
| | hombre | 36 | 4,9444 | 1,26366 | |
| POST-1. puedo comunicarme con | mujer | 141 | 5,0638 | 1,27735 | ,124 |
| | hombre | 36 | 5,4167 | ,96732 | |

Tabla 2.3.51 *Resultados del análisis de la Competencia Percibida por género en la fase POST-1.*

| | Comunidad autónoma | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|--------------------|-----|--------|-----------------|------|
| POST-1. preparado proceso morir | Cataluña | 53 | 3,3019 | 1,76052 | ,212 |
| | Andalucía | 124 | 3,6371 | 1,57384 | |
| POST-1. preparado para afrontar mi muerte | Cataluña | 53 | 3,3208 | 1,84780 | ,219 |
| | Andalucía | 124 | 3,6774 | 1,72287 | |
| POST-1. puedo expresar mis miedos | Cataluña | 53 | 4,9623 | 1,69799 | ,071 |
| | Andalucía | 124 | 5,4435 | 1,35132 | |
| POST-1. puedo hablar muerte amigos-familia | Cataluña | 53 | 4,7925 | 1,82249 | ,556 |
| | Andalucía | 124 | 4,9516 | 1,56098 | |
| POST-1. capaz de afrontar pérdidas futuras | Cataluña | 53 | 3,3962 | 1,57309 | ,015 |
| | Andalucía | 124 | 4,0161 | 1,51407 | |
| POST-1. capaz manejar muerte seres cercanos | Cataluña | 53 | 3,2264 | 1,56453 | ,008 |
| | Andalucía | 124 | 3,8871 | 1,46065 | |
| POST-1. sé escuchar a los demás | Cataluña | 53 | 4,9623 | 1,32958 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 5,6048 | 1,06549 | |
| POST-1. sé como hablar con los niños de la | Cataluña | 53 | 4,0000 | 1,49358 | ,620 |
| | Andalucía | 124 | 4,1210 | 1,47936 | |
| POST-1. puedo pasar tiempo con enfermos | Cataluña | 53 | 4,5849 | 1,46016 | ,012 |
| | Andalucía | 124 | 5,1371 | 1,27090 | |
| POST-1. puedo ayudar a elaborar sobre la muerte | Cataluña | 53 | 4,0566 | 1,30701 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 4,8871 | 1,17708 | |
| POST-1. capaz de hablar con amigo o familiar de | Cataluña | 53 | 4,4717 | 1,62438 | ,092 |
| | Andalucía | 124 | 4,8790 | 1,39449 | |
| POST-1. puedo comunicarme con | Cataluña | 53 | 4,3585 | 1,28743 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 5,4677 | 1,03935 | |

Tabla 2.3.52 *Resultados del análisis de la Competencia Percibida por comunidad en la fase POST-1.*

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|-------------------------------|--------|--------------------|---------|------------|-----|
| Puntuación total Bugen PRE | mujer | Cataluña | 50,8723 | 10,78166 | 47 |
| | | Andalucía | 49,6559 | 10,06878 | 93 |
| | | Total | 50,0643 | 10,29088 | 140 |
| | hombre | Cataluña | 56,2000 | 10,18332 | 5 |
| | | Andalucía | 53,6774 | 9,63807 | 31 |
| | | Total | 54,0278 | 9,60502 | 36 |
| | Total | Cataluña | 51,3846 | 10,74692 | 52 |
| | | Andalucía | 50,6613 | 10,07685 | 124 |
| | | Total | 50,8750 | 10,25371 | 176 |
| Puntuación total Bugen POST-1 | mujer | Cataluña | 48,8511 | 12,69197 | 47 |
| | | Andalucía | 55,6237 | 10,00860 | 93 |
| | | Total | 53,3500 | 11,39792 | 140 |
| | hombre | Cataluña | 53,0000 | 9,92472 | 5 |
| | | Andalucía | 55,9677 | 8,58869 | 31 |
| | | Total | 55,5556 | 8,69300 | 36 |
| | Total | Cataluña | 49,2500 | 12,43158 | 52 |
| | | Andalucía | 55,7097 | 9,64051 | 124 |
| | | Total | 53,8011 | 10,91317 | 176 |

Tabla 2.3.53 *Resultados del análisis de la Competencia Percibida total por comunidad, género y fases.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|-------------------|----------------------------|-----|------------------|-------|---------------|
| fase | Nivel 2 - Nivel 1 | 34,894 | 1 | 34,894 | ,205 | ,651 |
| fase * sexo | Nivel 2 - Nivel 1 | 89,229 | 1 | 89,229 | ,524 | ,470 |
| fase * comunita | Nivel 2 - Nivel 1 | 687,481 | 1 | 687,481 | 4,039 | ,046 |
| fase * sexo * comunita | Nivel 2 - Nivel 1 | 23,624 | 1 | 23,624 | ,139 | ,710 |
| Error(fase) | Nivel 2 - Nivel 1 | 29279,069 | 172 | 170,227 | | |

Tabla 2.3.54 *Resultados del análisis estadístico de la Competencia Percibida total.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|-----|------------------|----------|---------------|
| Intersección | 169935,529 | 1 | 169935,529 | 2601,708 | ,000 |
| sexo | 181,248 | 1 | 181,248 | 2,775 | ,098 |
| comunita | 34,069 | 1 | 34,069 | ,522 | ,471 |
| sexo * comunita | 24,710 | 1 | 24,710 | ,378 | ,539 |
| Error | 11234,508 | 172 | 65,317 | | |

Tabla 2.3.55 *Resultados del análisis estadístico de la Competencia Percibida total.*

- **Cuestionario de creencias sobre el enfermo terminal**

Este cuestionario es el mismo que se utilizó en el estudio principal. Consta de 15 ítems sobre creencias que puede tener el alumno sobre el enfermo terminal. El objetivo de introducir este cuestionario en esta parte experimental del trabajo era para poder averiguar hasta qué punto la educación sobre el proceso de morir en un breve periodo de tiempo, puede influir en los estudiantes para generar cambios en las creencias sobre el enfermo al final de su vida. A los sujetos que formaron parte de este estudio, se les preguntaba si estaban de acuerdo en las afirmaciones que se les presentaban a continuación. Podían responder con un *totalmente en desacuerdo* con una puntuación otorgada de 1, hasta estoy *totalmente de acuerdo*, que se le concedía una puntuación de 7.

En la Tabla 2.3.56, se muestran los resultados por género en la fase PRE, es decir, antes de empezar el seminario. Como se puede observar por los resultados, no existen diferencias significativas entre los estudiantes varones y sus compañeras féminas.

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|--------|-----|--------|--------------------|------|
| PRE. enfermo terminal tiene dolor físico | mujer | 141 | 4,7943 | 1,79490 | ,619 |
| | hombre | 35 | 4,6286 | 1,61037 | |
| PRE. se le puede ayudar poco | mujer | 141 | 2,0071 | 1,57886 | ,078 |
| | hombre | 35 | 1,5143 | ,91944 | |
| PRE. presenta muchos síntomas | mujer | 140 | 4,1429 | 1,65591 | ,999 |
| | hombre | 35 | 4,1429 | 1,71743 | |
| PRE. enfermería puede intervenir poco | mujer | 141 | 1,5957 | 1,13376 | ,907 |
| | hombre | 35 | 1,5714 | ,91670 | |
| PRE. preferible ocultarle que se muere | mujer | 141 | 2,1064 | 1,51045 | ,437 |
| | hombre | 35 | 1,8857 | 1,45059 | |
| PRE. lo mejor es decirle al familiar.. | mujer | 141 | 2,3262 | 1,56066 | ,198 |
| | hombre | 35 | 1,9429 | 1,60775 | |
| PRE. lo mejor que muera en casa | mujer | 141 | 4,4539 | 1,47103 | ,494 |
| | hombre | 35 | 4,6571 | 1,92419 | |
| PRE. la morfina se utiliza para el dolor | mujer | 140 | 5,8786 | 1,29453 | ,067 |
| | hombre | 35 | 6,3143 | 1,05081 | |
| PRE. apoyo psicológico y espiritual | mujer | 141 | 6,4326 | 1,08434 | ,245 |
| | hombre | 35 | 6,6571 | ,68354 | |
| PRE. dolor lo más difícil de tratar | mujer | 141 | 3,9504 | 1,72927 | ,363 |
| | hombre | 35 | 3,6571 | 1,58936 | |
| PRE. la boca seca, estreñimiento... | mujer | 141 | 4,6738 | 1,34958 | ,347 |
| | hombre | 35 | 4,9143 | 1,35845 | |
| PRE. familiar no quiere que enfermo se entere | mujer | 141 | 4,3475 | 1,62562 | ,638 |
| | hombre | 35 | 4,2000 | 1,77896 | |
| PRE. morfina crea adicción | mujer | 140 | 4,3643 | 1,36351 | ,506 |
| | hombre | 35 | 4,5429 | 1,61506 | |
| PRE. preocupa al familiar aspectos emocionales | mujer | 141 | 5,0780 | 1,34733 | ,137 |
| | hombre | 35 | 4,6857 | 1,54865 | |
| PRE. preocupa al enfermo el control de síntomas | mujer | 141 | 3,9149 | 1,61904 | ,171 |
| | hombre | 35 | 3,4857 | 1,78838 | |

Tabla 2.3.56 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias por género en la fase PRE.*

En la Tabla 2.3.57, se reflejan los resultados de la Fase PRE por comunidad. Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en tres de las 15 creencias evaluadas: *el enfermo terminal es un enfermo que presenta muchos síntomas, al familiar del enfermo terminal le preocupan los aspectos emocionales del proceso de morir y al enfermo le preocupa el control de los síntomas*. Estas creencias son superiores en la comunidad catalana. Además de estas creencias, hay otra que a pesar de mostrar puntuaciones muy diferentes entre ambas comunidades (*preferible ocultarle que se muere*), no es estadísticamente significativa, aunque tiene tendencia a serlo.

| | Comunidad autónoma | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|--------------------|-----|--------|-----------------|------|
| PRE. enfermo terminal tiene dolor físico | Cataluña | 52 | 5,0192 | 1,65079 | ,208 |
| | Andalucía | 124 | 4,6532 | 1,79450 | |
| PRE. se le puede ayudar poco | Cataluña | 52 | 2,0769 | 1,59467 | ,332 |
| | Andalucía | 124 | 1,8387 | 1,43355 | |
| PRE. presenta muchos síntomas | Cataluña | 51 | 4,7843 | 1,56606 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 3,8790 | 1,63594 | |
| PRE. enfermería puede intervenir poco | Cataluña | 52 | 1,6346 | 1,04841 | ,737 |
| | Andalucía | 124 | 1,5726 | 1,11292 | |
| PRE. preferible ocultarle que se muere | Cataluña | 52 | 2,4038 | 1,65990 | ,051 |
| | Andalucía | 124 | 1,9194 | 1,40612 | |
| PRE. lo mejor es decirle al familiar.. | Cataluña | 52 | 2,4231 | 1,63714 | ,346 |
| | Andalucía | 124 | 2,1774 | 1,54630 | |
| PRE. lo mejor que muera en casa | Cataluña | 52 | 4,4423 | 1,47414 | ,777 |
| | Andalucía | 124 | 4,5161 | 1,61035 | |
| PRE. la morfina se utiliza para el dolor | Cataluña | 52 | 5,9038 | 1,24080 | ,674 |
| | Andalucía | 123 | 5,9919 | 1,27070 | |
| PRE. apoyo psicológico y espiritual | Cataluña | 52 | 6,5385 | ,97943 | ,608 |
| | Andalucía | 124 | 6,4516 | 1,03872 | |
| PRE. dolor lo más difícil de tratar | Cataluña | 52 | 4,1154 | 1,77845 | ,261 |
| | Andalucía | 124 | 3,7984 | 1,66738 | |
| PRE. la boca seca, estreñimiento... | Cataluña | 52 | 5,0192 | 1,39313 | ,058 |
| | Andalucía | 124 | 4,5968 | 1,31853 | |
| PRE. familiar no quiere que enfermo se entere | Cataluña | 52 | 4,4231 | 1,66093 | ,587 |
| | Andalucía | 124 | 4,2742 | 1,65445 | |
| PRE. morfina crea adicción | Cataluña | 52 | 4,4423 | 1,30479 | ,798 |
| | Andalucía | 123 | 4,3821 | 1,46276 | |
| PRE. preocupa al familiar aspectos emocionales | Cataluña | 52 | 5,5192 | 1,19624 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 4,7823 | 1,41743 | |
| PRE. preocupa al enfermo el control de síntomas | Cataluña | 52 | 4,2115 | 1,63703 | ,047 |
| | Andalucía | 124 | 3,6694 | 1,64649 | |

Tabla 2.3.57 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias por comunidad en la fase PRE.*

En la Tabla 2.3.58, se muestran los resultados por género en la fase POST-1. Es decir, dos semanas después de haber realizado el seminario. Sólo se observan diferencias significativas en una de las creencias evaluadas: *el dolor es lo más difícil de tratar*, creencia que de forma significativa creen más los hombres que las mujeres.

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------|-----|--------|--------------------|------|
| POST-1. enfermo terminal tiene dolor físico | mujer | 140 | 3,9143 | 2,04442 | ,462 |
| | hombre | 36 | 4,1944 | 1,99742 | |
| POST-1. se le puede ayudar poco | mujer | 140 | 1,3571 | ,64676 | ,660 |
| | hombre | 36 | 1,4167 | ,96732 | |
| POST-1. presenta muchos síntomas | mujer | 140 | 3,3429 | 1,59031 | ,224 |
| | hombre | 36 | 3,7778 | 1,95830 | |
| POST-1. enfermería puede intervenir poco | mujer | 140 | 1,3071 | ,62209 | ,440 |
| | hombre | 36 | 1,2222 | ,42164 | |
| POST-1. preferible ocultarle que se muere | mujer | 141 | 1,8794 | 1,25057 | ,750 |
| | hombre | 36 | 1,8056 | 1,19090 | |
| POST-1. lo mejor es decirle al familiar.. | mujer | 141 | 1,5674 | ,89686 | ,654 |
| | hombre | 36 | 1,6667 | 1,24212 | |
| POST-1. lo mejor que muera en casa | mujer | 141 | 4,0496 | 1,68746 | ,85 |
| | hombre | 36 | 4,0000 | 1,30931 | |
| POST-1. la morfina se utiliza para el dolor | mujer | 141 | 6,5745 | ,74866 | ,498 |
| | hombre | 36 | 6,6667 | ,63246 | |
| POST-1. apoyo psicológico y espiritual | mujer | 141 | 6,6738 | ,72207 | ,755 |
| | hombre | 35 | 6,7143 | ,51856 | |
| POST-1. dolor lo más difícil de tratar | mujer | 140 | 3,1929 | 1,95598 | ,021 |
| | hombre | 35 | 4,0571 | 1,96952 | |
| POST-1. la boca seca, estreñimiento... | mujer | 140 | 6,3500 | 1,12477 | ,957 |
| | hombre | 36 | 6,3611 | ,96074 | |
| POST-1. familiar no quiere que enfermo se entere | mujer | 141 | 4,3759 | 1,81871 | ,587 |
| | hombre | 36 | 4,1944 | 1,65304 | |
| POST-1. morfina crea adicción | mujer | 140 | 3,0071 | 1,77309 | ,884 |
| | hombre | 36 | 3,0556 | 1,75572 | |
| POST-1. preocupa al familiar aspectos emocionales | mujer | 140 | 5,1429 | 1,31713 | ,513 |
| | hombre | 36 | 5,3056 | 1,36945 | |
| POST-1. preocupa al enfermo el control de síntomas | mujer | 141 | 3,5603 | 1,77430 | ,972 |
| | hombre | 35 | 3,5714 | 1,35659 | |

Tabla 2.3.58 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias por género en la fase POST-1.*

Como puede desprenderse de los resultados de la Tabla 2.3.59, existen diferencias significativas por comunidad en la fase POST-1. Los estudiantes de Cataluña tienen una creencia mayor en que los *profesionales de Enfermería pueden hacer poco para ayudar al enfermo al final de la vida*, y que *lo que le preocupa al enfermo terminal, es el control de los síntomas*. A su vez, los estudiantes de la comunidad andaluza, tienen una creencia superior en que *lo mejor es que el enfermo muera en casa, que la morfina se utiliza para el dolor y que el dolor es lo más difícil de tratar*.

| | Comunidad autónoma | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------------------|-----|--------|-----------------|------|
| POST-1. enfermo terminal tiene dolor físico | Cataluña | 53 | 3,5849 | 1,76977 | ,098 |
| | Andalucía | 123 | 4,1382 | 2,12064 | |
| POST-1. se le puede ayudar poco | Cataluña | 53 | 1,4906 | ,63919 | ,144 |
| | Andalucía | 123 | 1,3171 | ,75005 | |
| POST-1. presenta muchos síntomas | Cataluña | 53 | 3,6226 | 1,61991 | ,323 |
| | Andalucía | 123 | 3,3496 | 1,69852 | |
| POST-1. enfermería puede intervenir poco | Cataluña | 52 | 1,4615 | ,67043 | ,022 |
| | Andalucía | 124 | 1,2177 | ,53436 | |
| POST-1. preferible ocultarle que s muere | Cataluña | 53 | 1,9057 | 1,13110 | ,772 |
| | Andalucía | 124 | 1,8468 | 1,28179 | |
| POST-1. lo mejor es decirle al familiar.. | Cataluña | 53 | 1,6415 | ,94247 | ,631 |
| | Andalucía | 124 | 1,5645 | ,98972 | |
| POST-1. lo mejor que muera en casa | Cataluña | 53 | 3,4528 | 1,76031 | ,003 |
| | Andalucía | 124 | 4,2903 | 1,48584 | |
| POST-1. la morfina se utiliza para dolor | Cataluña | 53 | 6,1698 | ,97539 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 6,7742 | ,49120 | |
| POST-1. apoyo psicológico y espiritual | Cataluña | 53 | 6,5283 | ,66806 | ,051 |
| | Andalucía | 123 | 6,7480 | ,68465 | |
| POST-1. dolor lo más difícil de tra | Cataluña | 52 | 2,7692 | 1,45002 | ,003 |
| | Andalucía | 123 | 3,6179 | 2,12526 | |
| POST-1. la boca seca, estreñimiento... | Cataluña | 53 | 6,1509 | 1,04507 | ,108 |
| | Andalucía | 123 | 6,4390 | 1,10250 | |
| POST-1. familiar no quiere que enfermo se entere | Cataluña | 53 | 4,6415 | 1,66519 | ,141 |
| | Andalucía | 124 | 4,2097 | 1,82251 | |
| POST-1. morfina crea adicción | Cataluña | 53 | 3,3019 | 1,61227 | ,160 |
| | Andalucía | 123 | 2,8943 | 1,81890 | |
| POST-1. preocupa al familiar aspectos emocionales | Cataluña | 53 | 5,1698 | 1,20473 | ,967 |
| | Andalucía | 123 | 5,1789 | 1,37919 | |
| POST-1. preocupa al enfermo el control de síntomas | Cataluña | 53 | 4,2642 | 1,63084 | ,001 |
| | Andalucía | 123 | 3,2602 | 1,63886 | |

Tabla 2.3.59 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias por comunidad en la fase POST-1.*

En el análisis global de las creencias sobre el enfermo terminal, se observa que sólo existen diferencias significativas por fases. Es decir, globalmente, se puede deducir por los resultados que se reflejan en las Tabla 2.3.60, 2.3.61 y 2.3.62, que la impartición del seminario sirvió para disminuir las creencias negativas que se tenían sobre el enfermo terminal y el proceso de morir.

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|-----------------------------------|--------|--------------------|--------|------------|-----|
| Puntuación total creencias PRE | mujer | Cataluña | 9,5778 | 6,09578 | 45 |
| | | Andalucía | 7,5747 | 6,66060 | 87 |
| | | Total | 8,2576 | 6,52022 | 132 |
| | hombre | Cataluña | 7,7500 | 4,34933 | 4 |
| | | Andalucía | 6,2414 | 6,50634 | 29 |
| | | Total | 6,4242 | 6,25015 | 33 |
| | Total | Cataluña | 9,4286 | 5,95819 | 49 |
| | | Andalucía | 7,2414 | 6,61963 | 116 |
| | | Total | 7,8909 | 6,49016 | 165 |
| Puntuación total creencias POST-1 | mujer | Cataluña | ,4444 | 5,82532 | 45 |
| | | Andalucía | -,2874 | 5,66077 | 87 |
| | | Total | -,0379 | 5,70577 | 132 |
| | hombre | Cataluña | 5,0000 | 2,82843 | 4 |
| | | Andalucía | ,8621 | 6,66935 | 29 |
| | | Total | 1,3636 | 6,44602 | 33 |
| | Total | Cataluña | ,8163 | 5,76149 | 49 |
| | | Andalucía | ,0000 | 5,91975 | 116 |
| | | Total | ,2424 | 5,86760 | 165 |

Tabla 2.3.60 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias por género, comunidad y fases.*

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|--------|----------------------------|-----|------------------|--------|---------------|
| fase | Lineal | 991,912 | 1 | 991,912 | 27,723 | ,000 |
| fase * sexo | Lineal | 123,519 | 1 | 123,519 | 3,452 | ,065 |
| fase * comunita | Lineal | 2,898 | 1 | 2,898 | ,081 | ,776 |
| fase * sexo * comunita | Lineal | 23,907 | 1 | 23,907 | ,668 | ,415 |
| Error(fase) | Lineal | 5760,561 | 161 | 35,780 | | |

Tabla 2.3.61 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias.*

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|-----|------------------|--------|---------------|
| Intersección | 2170,166 | 1 | 2170,166 | 54,169 | ,000 |
| sexo | 10,169 | 1 | 10,169 | ,254 | ,615 |
| comunita | 110,384 | 1 | 110,384 | 2,755 | ,099 |
| sexo * comunita | 13,322 | 1 | 13,322 | ,333 | ,565 |
| Error | 6450,117 | 161 | 40,063 | | |

Tabla 2.3.62 *Resultados del análisis estadístico sobre creencias.*

- **Escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospice de Robbins**

Esta escala también se utilizó en el estudio principal. Consta de 44 ítems de los cuales escogimos los 17 que se acomodaban más al objetivo de esta investigación. Se ha calculado el valor de fiabilidad de esta escala resultando una Alfa de Cronbach de 0,895. A los sujetos se les preguntaba hasta qué punto se sentían incapaces-capaces de realizar las acciones que se exponían a continuación. Las respuestas podían ir desde *me siento totalmente incapaz* que se puntuaba con un 1, hasta *me siento totalmente capaz* con una puntuación de 7.

Al igual que hemos hecho en el análisis de los resultados de la Competencia Percibida de Bugen y los resultados de las creencias sobre el enfermo terminal, hemos creído oportuno no analizar la tercera fase (POST-2), debido al escaso número de alumnos que participaron en esta fase.

Como se puede observar en la Tabla 2.3.63, en la fase PRE, es decir, antes de la impartición del seminario, y en relación al género, existen diferencias estadísticamente significativas. Los hombres muestran un nivel más elevado de Autoeficacia en los siguientes aspectos: *afrentar la muerte de una persona anciana, afrontar la muerte de una persona con sida, afrontar la muerte de un enfermo de cáncer, dar el pésame y afrontar la muerte de un amigo de la misma edad.*

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------|-----|--------|--------------------|------|
| PRE. afrontar muerte persona anciana | mujer | 141 | 5,0922 | 1,36748 | ,001 |
| | hombre | 36 | 5,9167 | 1,13074 | |
| PRE. escuchar preocupaciones moribundo | mujer | 141 | 5,7589 | 1,06838 | ,429 |
| | hombre | 36 | 5,9167 | 1,05221 | |
| PRE. escuchar preocupaciones familiar del moribundo | mujer | 140 | 5,8643 | 1,09420 | ,694 |
| | hombre | 36 | 5,9444 | 1,06756 | |
| PRE. afrontar muerte enfermo sida | mujer | 141 | 5,0071 | 1,34428 | ,048 |
| | hombre | 36 | 5,5000 | 1,25357 | |
| PRE. tocar un cadáver | mujer | 141 | 5,5106 | 1,77127 | ,001 |
| | hombre | 36 | 6,3611 | 1,04616 | |
| PRE. afrontar muerte de un enfermo cáncer | mujer | 140 | 4,8500 | 1,48820 | ,011 |
| | hombre | 36 | 5,5556 | 1,34046 | |
| PRE. cuidar físicamente a un enfermo moribundo | mujer | 141 | 5,4823 | 1,26831 | ,753 |
| | hombre | 36 | 5,5556 | 1,15745 | |
| PRE. comunicarme con enfermo moribundo | mujer | 139 | 5,5540 | 1,19887 | ,143 |
| | hombre | 35 | 5,8857 | 1,15737 | |
| PRE. visitar a un amigo moribundo | mujer | 141 | 5,1418 | 1,64569 | ,058 |
| | hombre | 36 | 5,7222 | 1,54200 | |
| PRE. dar el pésame | mujer | 141 | 4,9787 | 1,63212 | ,051 |
| | hombre | 36 | 5,5833 | 1,71339 | |
| PRE. afrontar la muerte de un amigo de mi edad | mujer | 141 | 2,8794 | 1,58779 | ,002 |
| | hombre | 36 | 3,8611 | 1,89967 | |
| PRE. acompañar a una persona en momento muerte | mujer | 141 | 4,5035 | 1,65885 | ,250 |
| | hombre | 36 | 4,8611 | 1,65879 | |
| PRE. estar con persona con síntomas desagradables | mujer | 141 | 4,9433 | 1,41811 | ,997 |
| | hombre | 36 | 4,9444 | 1,60258 | |
| PRE. permitir que un moribundo se comunique | mujer | 140 | 5,8286 | 1,19918 | ,560 |
| | hombre | 36 | 5,6944 | 1,34843 | |
| PRE. proporcionar apoyo emocional al familiar | mujer | 141 | 5,4823 | 1,17475 | ,311 |
| | hombre | 36 | 5,2500 | 1,40153 | |
| PRE. cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | mujer | 141 | 5,9716 | 1,00672 | ,196 |
| | hombre | 36 | 5,7222 | 1,11127 | |
| PRE. entender el duelo y dolor de la pérdida | mujer | 140 | 5,9429 | 1,31823 | ,325 |
| | hombre | 36 | 5,6944 | 1,45051 | |

Tabla 2.3.63 *Resultados del análisis de la Autoeficacia por género en la fase PRE.*

En la Tabla 2.3.64, se muestran los resultados de la fase PRE por comunidad. Como se desprende de dichos resultados, los alumnos de la comunidad catalana presentan un nivel más elevado de forma significativa, en la capacidad de *dar soporte emocional al familiar del enfermo terminal*, mientras que los alumnos andaluces este nivel más elevado, se hace patente en el hecho de *tocar un cadáver*.

Estadísticos de grupo

| | Comunidad autónoma | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|--|--------------------|-----|--------|-----------------|------|
| PRE. afrontar muerte persona anciana | Cataluña | 53 | 5,1887 | 1,40133 | ,650 |
| | Andalucía | 124 | 5,2903 | 1,34813 | |
| PRE. escuchar preocupaciones moribundo | Cataluña | 53 | 5,6792 | 1,23683 | ,363 |
| | Andalucía | 124 | 5,8387 | ,98267 | |
| PRE. escuchar preocupaciones familiar del moribundo | Cataluña | 53 | 5,7170 | 1,36406 | ,258 |
| | Andalucía | 123 | 5,9512 | ,93960 | |
| PRE. afrontar muerte enfermo sida | Cataluña | 53 | 5,1321 | 1,49406 | ,881 |
| | Andalucía | 124 | 5,0968 | 1,27145 | |
| PRE. tocar un cadáver | Cataluña | 53 | 5,2264 | 1,94779 | ,033 |
| | Andalucía | 124 | 5,8790 | 1,52269 | |
| PRE. afrontar muerte de un enfermo cáncer | Cataluña | 53 | 5,0755 | 1,49163 | ,635 |
| | Andalucía | 123 | 4,9593 | 1,48434 | |
| PRE. cuidar físicamente a un enfermo moribundo | Cataluña | 53 | 5,6415 | 1,19445 | ,314 |
| | Andalucía | 124 | 5,4355 | 1,26389 | |
| PRE. comunicarme con enfermo moribundo | Cataluña | 51 | 5,8039 | 1,20033 | ,194 |
| | Andalucía | 123 | 5,5447 | 1,18910 | |
| PRE. visitar a un amigo moribundo | Cataluña | 53 | 5,1132 | 1,66017 | ,438 |
| | Andalucía | 124 | 5,3226 | 1,63074 | |
| PRE. dar el pésame | Cataluña | 53 | 5,2264 | 1,62483 | ,515 |
| | Andalucía | 124 | 5,0484 | 1,68134 | |
| PRE. afrontar la muerte de un amigo de mi edad | Cataluña | 53 | 2,9434 | 1,70311 | ,488 |
| | Andalucía | 124 | 3,1371 | 1,69808 | |
| PRE. acompañar a una persona en momento muerte | Cataluña | 53 | 4,6604 | 1,74249 | ,661 |
| | Andalucía | 124 | 4,5403 | 1,63000 | |
| PRE. estar con persona con síntomas desagradables | Cataluña | 53 | 5,1509 | 1,30673 | ,215 |
| | Andalucía | 124 | 4,8548 | 1,50713 | |
| PRE. permitir que un moribundo se comunique | Cataluña | 52 | 5,9808 | 1,22859 | ,210 |
| | Andalucía | 124 | 5,7258 | 1,22533 | |
| PRE. proporcionar apoyo emocional al familiar | Cataluña | 53 | 5,8491 | 1,08124 | ,003 |
| | Andalucía | 124 | 5,2581 | 1,24202 | |
| PRE. cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | Cataluña | 53 | 6,0189 | 1,08292 | ,410 |
| | Andalucía | 124 | 5,8790 | 1,00884 | |
| PRE. entender el duelo y dolor de la pérdida | Cataluña | 52 | 6,1154 | 1,42325 | ,155 |
| | Andalucía | 124 | 5,7984 | 1,30652 | |

Tabla 2.3.64 *Resultados del análisis de la Autoeficacia por comunidad en la fase PRE.*

Por lo que se refiere a la fase POST-1, es decir, al cabo de dos semanas de haber realizado el seminario, del análisis de los resultados no se desprende que existan diferencias significativas por género. La intervención no generó cambios significativos entre los alumnos que participaron en este estudio experimental (Ver Tabla 2.3.65).

| | sexo | N | Media | Desviación típ. | Sig. |
|---|--------|-----|--------|--------------------|------|
| POST-1. afrontar muerte persona anciana | mujer | 141 | 5,4539 | 1,23910 | ,648 |
| | hombre | 36 | 5,5556 | ,96937 | |
| POST-1. escuchar preocupaciones moribundo | mujer | 141 | 5,7305 | 1,07490 | ,420 |
| | hombre | 36 | 5,8611 | ,79831 | |
| POST-1. escuchar preocupaciones familiar del moribundo | mujer | 141 | 5,7801 | 1,10254 | ,991 |
| | hombre | 36 | 5,7778 | ,98883 | |
| POST-1. afrontar muerte enfermo sida | mujer | 141 | 5,2411 | 1,18864 | ,771 |
| | hombre | 36 | 5,3056 | 1,16667 | |
| POST-1. tocar un cadáver | mujer | 141 | 5,8794 | 1,63216 | ,975 |
| | hombre | 36 | 5,8889 | 1,56347 | |
| POST-1. afrontar muerte de un enfermo cáncer | mujer | 141 | 5,2979 | 1,28588 | ,974 |
| | hombre | 36 | 5,3056 | 1,03701 | |
| POST-1. cuidar físicamente a un enfermo moribundo | mujer | 141 | 5,4184 | 1,27703 | ,900 |
| | hombre | 36 | 5,3889 | 1,20185 | |
| POST-1. comunicarme con enfermo moribundo | mujer | 141 | 5,4468 | 1,26731 | ,331 |
| | hombre | 36 | 5,6667 | ,92582 | |
| POST-1. visitar a un amigo moribundo | mujer | 140 | 5,2214 | 1,57803 | ,506 |
| | hombre | 36 | 5,0278 | 1,46358 | |
| POST-1. dar el pésame | mujer | 141 | 5,3121 | 1,36871 | ,368 |
| | hombre | 36 | 5,0833 | 1,31747 | |
| POST-1. afrontar la muerte de un amigo de mi edad | mujer | 140 | 3,5571 | 1,64151 | ,646 |
| | hombre | 36 | 3,4167 | 1,59239 | |
| POST-1. acompañar a una persona en momento muerte | mujer | 139 | 4,9568 | 1,46886 | ,711 |
| | hombre | 35 | 5,0571 | 1,25892 | |
| POST-1. estar con persona con síntomas desagradables | mujer | 141 | 5,1631 | 1,40216 | ,580 |
| | hombre | 36 | 5,3056 | 1,26083 | |
| POST-1. permitir que un moribundo se comunique | mujer | 141 | 5,9504 | 1,16083 | ,488 |
| | hombre | 36 | 5,8056 | ,92023 | |
| POST-1. proporcionar apoyo emocional al familiar | mujer | 141 | 5,4965 | 1,17488 | ,987 |
| | hombre | 36 | 5,5000 | ,97101 | |
| POST-1. cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | mujer | 141 | 5,9574 | 1,02729 | ,124 |
| | hombre | 36 | 5,6667 | ,92582 | |
| POST-1. entender el duelo y dolor de la pérdida | mujer | 141 | 5,8723 | 1,23549 | ,586 |
| | hombre | 36 | 5,7500 | 1,05221 | |

Tabla 2.3.65 *Resultados del análisis de la Autoeficacia por género en la fase POST-1.*

Tal como se deduce de los resultados de la Tabla 2.3.66, existen diferencias estadísticamente significativas en la fase POST-1 en relación a la comunidad. Como se puede observar, los alumnos andaluces después de la impartición del seminario aumentaron de forma significativa su nivel de Autoeficacia, en comparación con los alumnos catalanes, en los siguientes aspectos: *escuchar las preocupaciones del enfermo terminal y del familiar, tocar un cadáver, afrontar la muerte de un enfermo de cáncer, comunicarse con un enfermo moribundo, visitar a un amigo moribundo, dar el pésame, permitir que un enfermo moribundo se comunique y proporcionar apoyo emocional al familiar del enfermo terminal.*

| | Comunidad autónoma | N | Media | Desviación tít. | Sig. |
|---|--------------------|-----|--------|-----------------|------|
| POST-1. afrontar muerte persona anciana | Cataluña | 53 | 5,1887 | 1,46834 | ,070 |
| | Andalucía | 124 | 5,5968 | 1,02742 | |
| POST-1. escuchar preocupaciones moribundo | Cataluña | 53 | 5,3774 | 1,27440 | ,006 |
| | Andalucía | 124 | 5,9194 | ,85156 | |
| POST-1. escuchar preocupaciones familiar del moribundo | Cataluña | 53 | 5,4906 | 1,26526 | ,019 |
| | Andalucía | 124 | 5,9032 | ,96625 | |
| POST-1. afrontar muerte enfermo sida | Cataluña | 53 | 5,0943 | 1,36247 | ,240 |
| | Andalucía | 124 | 5,3226 | 1,09358 | |
| POST-1. tocar un cadáver | Cataluña | 53 | 5,1132 | 1,94798 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 6,2097 | 1,32686 | |
| POST-1. afrontar muerte de un enfermo cáncer | Cataluña | 53 | 5,0189 | 1,47401 | ,048 |
| | Andalucía | 124 | 5,4194 | 1,10503 | |
| POST-1. cuidar físicamente a un enfermo moribundo | Cataluña | 53 | 5,2075 | 1,53621 | ,214 |
| | Andalucía | 124 | 5,5000 | 1,11530 | |
| POST-1. comunicarme con enfermo moribundo | Cataluña | 53 | 5,0377 | 1,41370 | ,001 |
| | Andalucía | 124 | 5,6855 | 1,05435 | |
| POST-1. visitar a un amigo moribundo | Cataluña | 53 | 4,6604 | 1,56824 | ,003 |
| | Andalucía | 123 | 5,4065 | 1,49774 | |
| POST-1. dar el pésame | Cataluña | 53 | 4,9057 | 1,28996 | ,021 |
| | Andalucía | 124 | 5,4194 | 1,36207 | |
| POST-1. afrontar la muerte de un amigo de mi edad | Cataluña | 52 | 3,1731 | 1,61756 | ,061 |
| | Andalucía | 124 | 3,6774 | 1,61572 | |
| POST-1. acompañar a una persona en momento de muerte | Cataluña | 52 | 4,6923 | 1,55347 | ,086 |
| | Andalucía | 122 | 5,0984 | 1,35701 | |
| POST-1. estar con persona con síntomas desagradables | Cataluña | 53 | 4,9623 | 1,35820 | ,146 |
| | Andalucía | 124 | 5,2903 | 1,37204 | |
| POST-1. permitir que un moribundo se comunique | Cataluña | 53 | 5,6038 | 1,37756 | ,033 |
| | Andalucía | 124 | 6,0565 | ,95681 | |
| POST-1. proporcionar apoyo emocional al familiar | Cataluña | 53 | 5,1321 | 1,38727 | ,015 |
| | Andalucía | 124 | 5,6532 | ,97150 | |
| POST-1. cuidar al paciente para que la familia tenga un respiro | Cataluña | 53 | 5,7170 | 1,18285 | ,119 |
| | Andalucía | 124 | 5,9758 | ,92362 | |
| POST-1. entender el duelo y dolor de la pérdida | Cataluña | 53 | 5,7547 | 1,23888 | ,503 |
| | Andalucía | 124 | 5,8871 | 1,18397 | |

Tabla 2.3.66 *Resultados del análisis de la Autoeficacia por comunidad en fase POST-1.*

En el análisis global de esta variable, se refleja que existen diferencias estadísticamente significativas por fases y comunidad. Mientras que los alumnos de la comunidad catalana presentan una disminución de su nivel de Autoeficacia en la segunda fase, los alumnos de la comunidad andaluza, presentan un nivel más elevado de la misma. Es decir, la intervención generó un aumento de la percepción de Autoeficacia frente al enfermo terminal y familia en los alumnos de la comunidad andaluza (Ver Tablas 2.3.67, 2.3.68, 2.3.69 y Gráfica 2.3.4).

Estadísticos descriptivos

| | sexo | Comunidad autónoma | Media | Desv. típ. | N |
|--|--------|--------------------|---------|------------|-----|
| Puntuación total autoeficacia percibida PRE | mujer | Cataluña | 91,0698 | 14,61473 | 43 |
| | | Andalucía | 88,6932 | 11,80041 | 88 |
| | | Total | 89,4733 | 12,78480 | 131 |
| | hombre | Cataluña | 95,7500 | 5,05800 | 4 |
| | | Andalucía | 92,7667 | 13,64496 | 30 |
| | | Total | 93,1176 | 12,91878 | 34 |
| | Total | Cataluña | 91,4681 | 14,08646 | 47 |
| | | Andalucía | 89,7288 | 12,36390 | 118 |
| | | Total | 90,2242 | 12,85821 | 165 |
| Puntuación total autoeficacia percibida POST-1 | mujer | Cataluña | 85,3953 | 18,85173 | 43 |
| | | Andalucía | 95,0909 | 11,87641 | 88 |
| | | Total | 91,9084 | 15,16902 | 131 |
| | hombre | Cataluña | 86,0000 | 10,98484 | 4 |
| | | Andalucía | 91,6333 | 10,29390 | 30 |
| | | Total | 90,9706 | 10,36745 | 34 |
| | Total | Cataluña | 85,4468 | 18,23137 | 47 |
| | | Andalucía | 94,2119 | 11,55134 | 118 |
| | | Total | 91,7152 | 14,28875 | 165 |

Tabla 2.3.67 Resultados del análisis global de la variable Autoeficacia.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

| Fuente | fase | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|------------------------|-------------------|----------------------------|-----|------------------|-------|---------------|
| fase | Nivel 2 - Nivel 1 | 324,659 | 1 | 324,659 | 1,008 | ,317 |
| fase * sexo | Nivel 2 - Nivel 1 | 423,692 | 1 | 423,692 | 1,315 | ,253 |
| fase * comunita | Nivel 2 - Nivel 1 | 1346,197 | 1 | 1346,197 | 4,179 | ,043 |
| fase * sexo * comunita | Nivel 2 - Nivel 1 | 37,554 | 1 | 37,554 | ,117 | ,733 |
| Error(fase) | Nivel 2 - Nivel 1 | 51864,738 | 161 | 322,141 | | |

Tabla 2.3.68 Resultados del análisis global de la variable Autoeficacia.

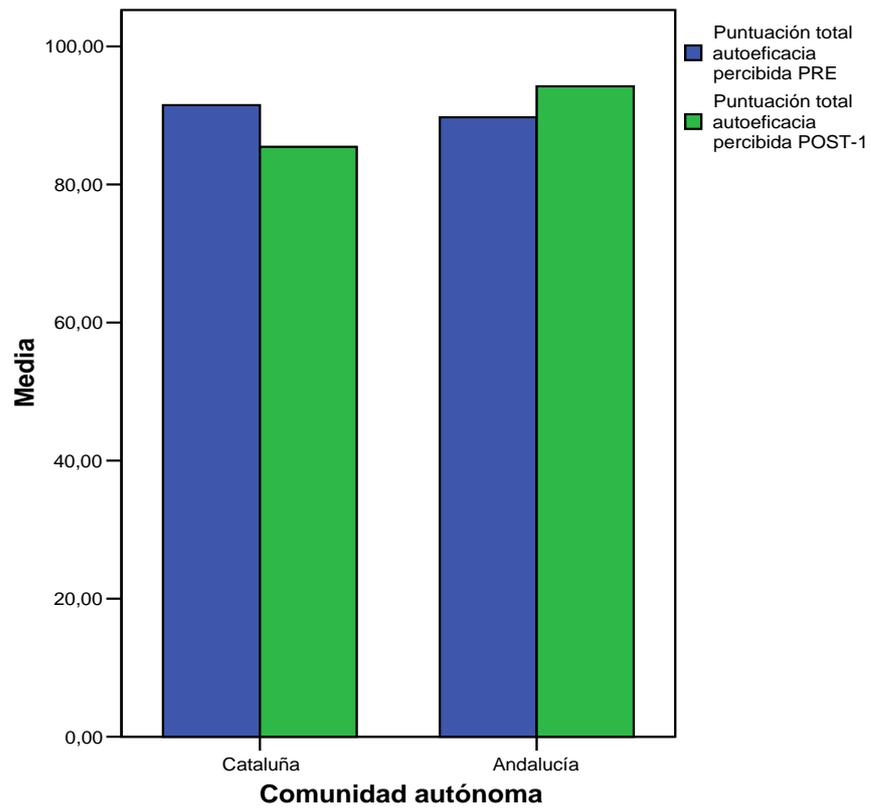
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

| Fuente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Significación |
|-----------------|----------------------------|-----|------------------|----------|---------------|
| Intersección | 414885,350 | 1 | 414885,350 | 4273,369 | ,000 |
| sexo | 27,378 | 1 | 27,378 | ,282 | ,596 |
| comunita | 78,141 | 1 | 78,141 | ,805 | ,371 |
| sexo * comunita | 17,140 | 1 | 17,140 | ,177 | ,675 |
| Error | 15630,886 | 161 | 97,086 | | |

Tabla 2.3.69 Resultados del análisis global de la variable Autoeficacia.



Gráfica 2.3.4 *Valor promedio de la Autoeficacia por fases y comunidad.*

2.3.5. Discusión estudio experimental

Como se expone en el apartado 2.3.1, los objetivos de este estudio experimental eran evaluar la influencia de un seminario de educación sobre la muerte, valorar qué variables socioculturales influyen en la relación con la muerte y la atención al enfermo terminal y finalmente, analizar la influencia del seminario y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Antes de empezar a comentar los resultados de este estudio experimental, nos gustaría señalar que a nuestro entender, la organización y la impartición del mismo, ha sido uno de los aspectos que, más valoramos. No era nada fácil poder organizar aulas, horarios, coordinación entre los profesores, aceptación en cuatro escuelas de Enfermería para llevar a término este estudio, estructurar las clases para que los alumnos pudieran asistir a todas las horas que duró el seminario porque de lo contrario no podría evaluarse su influencia, organizar viajes y estancias en la comunidad andaluza, firmar un convenio entre la Universidad de Lleida y la de Sevilla para poder llevar a cabo el estudio, en definitiva, realizar un estudio experimental entre dos comunidades que distan más de mil kilómetros una de la otra.

Otro aspecto importante a destacar, fue la duración del seminario. Nuestro objetivo inicial era poder impartir seis horas de clases sobre la muerte y la filosofía de los cuidados paliativos. Creíamos que era un tiempo adecuado para hacer una introducción al tema de la muerte y de la atención al enfermo terminal. Pero la realidad nos “obligó” a cambiar de criterios. Al final, sólo dispusimos de cuatro horas para impartir el seminario. Si tenemos en cuenta que no se empezaba puntualmente por el hecho de que los alumnos no llegaban todos al mismo tiempo, y si contamos que dejábamos 15 minutos para tener un descanso, lo cierto es que el seminario se impartió en tres horas y media.

Antes de empezar la impartición de los contenidos docentes, nos preguntamos qué metodología sería la más adecuada teniendo en cuenta el poco tiempo de que disponíamos. Nos inclinamos por la metodología básicamente experiencial, ya que de acuerdo con Neimeyer (1997), y Tomás-Sábado (2001), parece ser que la metodología experiencial se contempla como una de las mejores formas para influir en el aprendizaje sobre aspectos relacionados con la muerte y el enfermo terminal. En ANEXOS II, se expone de forma detallada, los contenidos del seminario y la forma en que se llevó a término.

A continuación vamos a comentar los aspectos más relevantes de este estudio experimental, sobre todo, los aspectos relacionados con las fases, es decir, los cambios que

han podido darse en las creencias y en las actitudes a consecuencia de la impartición del seminario tanto por comunidad como por sexo.

El número total de sujetos que participaron fue de 177 alumnos, de los cuales el 79,7% fueron mujeres y el resto, es decir, el 20,3% fueron hombres. La edad media estaba en 20 años, siendo la mínima de 17 años y la edad máxima de 44 años.

Como ya se ha expuesto en el apartado 2.3.2.1., los alumnos que participaron en este estudio, cursaban el primer curso de los estudios de Enfermería. Queríamos asegurarnos de que no tenían ninguna experiencia real (teórica y práctica), con el tema de la muerte y de los cuidados paliativos a fin de evitar en lo posible, variables intervinientes que pudieran distorsionar los resultados del estudio.

De la misma manera que se ha hecho en el capítulo del estudio principal, se van a exponer los aspectos más relevantes, teniendo presentes los diferentes apartados que forman parte de este estudio experimental.

- **Preparación emocional para cuidar enfermos terminales**

Mediante una escala tipo Likert, a los alumnos se les preguntaba si se sentían preparados para cuidar a enfermos en situación terminal. Antes de la impartición, la media estaba alrededor de 3. Si tenemos en cuenta que la máxima preparación puntuaba 5, deducimos que existe una creencia de un nivel moderado de sentirse preparados emocionalmente para atender a enfermos al final de su vida. Después de la impartición, se observa un descenso en esta creencia en las dos comunidades, siendo significativo en la comunidad catalana. A la vista de estos datos, es factible pensar que las vivencias que se tuvieron en el seminario (eran bastantes los alumnos que al contar mis experiencias con enfermos terminales o la de sus compañeros, se ponían a llorar), generasen un clima de tristeza y en consecuencia, se daban cuenta de que el proceso de morir conlleva dolor, tristeza, pena, rabia..., aspectos que no se podían valorar antes de la experiencia o no se tenían suficientemente en cuenta. En este sentido, en los estudiantes de Cataluña, se evidenció más este impacto. Si tenemos en cuenta los resultados del estudio principal, los estudiantes de la comunidad catalana, muestran menor capacidad de comprensión de los sentimientos y menor capacidad de regulación de las emociones, por lo que es posible, una vez más, que el factor emocional sea el causante de este descenso en la sensación de sentirse preparados emocionalmente para cuidar enfermos terminales. Neimeyer (1997), en su obra *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*, expone varios estudios en donde las consecuencias

de la impartición de seminarios o cursos sobre la muerte, consiguen el efecto contrario, es decir, en lugar de disminuir el miedo y el temor al proceso de morir, aparece un aumento de la ansiedad ante la muerte. Creemos y estamos convencidos de que la preparación emocional para trabajar con enfermos terminales debe de comenzar desde el inicio de los estudios de Enfermería. La preparación teórica y asistencial mediante las prácticas clínicas podrá facilitar que el futuro profesional se encuentre más preparado para afrontar el proceso de morir de muchos enfermos que tendrán que cuidar a lo largo de su labor profesional. Como señalan Ulla *et al.*(2001), las consecuencias de una nula formación y escaso entrenamiento acerca de cómo manejar las propias emociones que aparecen al entrar en contacto con el enfermo terminal, pueden derivar en cuadros de estrés, causando no sólo sufrimiento de carácter psicológico, sino que frecuentemente conlleva asociados, numerosos síntomas de carácter psicosomático.

- **Importancia de los Cuidados Paliativos en los estudios de Enfermería**

Nos interesaba averiguar hasta qué punto los alumnos valoraban la importancia de los cuidados al enfermo terminal. A nuestro entender, una cosa es el deseo o no, de trabajar con este tipo de enfermos y la otra, que se valore desde primero de carrera, la necesidad de ofrecer estos cuidados. A los sujetos se les pedía que valoraran de uno a diez la importancia que tenía para ellos los cuidados al enfermo terminal en los estudios de Enfermería.

Los resultados indican que existen diferencias por comunidad y sexo. Es decir, las mujeres de la comunidad catalana dan más importancia a la atención al enfermo al final de su vida. Creemos que la implantación de los Cuidados Paliativos en Cataluña desde hace años ha generado una mayor concienciación de los mismos en la sociedad catalana. Por otro lado, en Andalucía, esta falta de concienciación y preparación en la atención a los enfermos terminales se hace patente en los estudios de Enfermería: ninguna de las tres escuelas en las que se impartió el seminario en Andalucía, tenía un programa o una signatura dedicada exclusivamente a los cuidados paliativos. No ocurre lo mismo en Cataluña, en donde la filosofía de los Cuidados Paliativos se imparte en todas las escuelas de Enfermería y en algunos cursos de doctorado. El hecho de que sean las mujeres que valoren más que los hombres esta atención podría venir dada por el hecho de que trabajar con enfermos terminales implica trabajar con las emociones a flor de piel. En este sentido, las mujeres presentan más atención a los sentimientos aunque con menor regulación de los mismos (Fernández-Berrocal y Extremera, 2003).

- **Preferencias profesionales en su futuro laboral**

Deseábamos saber, al igual que en el estudio principal, el interés que los alumnos mostraban en sus preferencias profesionales. Creíamos que mediante nuestra intervención se podía modificar el interés por trabajar con enfermos terminales que de salida, ya valoramos que sería bajo. Realizado el correspondiente análisis estadístico, no se observan diferencias dignas de mención. Es decir, la intervención no modificó, al menos aparentemente, su interés por trabajar con enfermos terminales, que al igual que en el estudio piloto, sigue siendo la opción menos deseada.

En todo caso comentar, que la elección preferida continua siendo el poder trabajar con enfermos pediátricos. Una posible explicación de esta realidad la podemos justificar en el hecho de que el colectivo de Enfermería está formado básicamente por mujeres, y el instinto maternal o la educación que las mujeres reciben desde la infancia sobre cuidar, quizás como reflejo de lo que ven en sus madres, puede estar presente de una u otra forma en sus vidas, influyendo en este deseo. Por otro lado, valdría la pena considerar que la opción de trabajar con enfermos terminales es trabajar con la muerte y por tanto, la sensación o la necesidad de ser útil y de ayudar pasa a un segundo término. En este sentido, ayudar a nacer, es sentirse parte de la creación, mientras que estar al lado de la muerte es todo lo contrario. En otras palabras, es como si el alumno intuyera que no tendría sentido su labor en el caso de atender a un enfermo terminal, ya que al igual que los médicos, probablemente existe a nivel emocional, una necesidad de ser útil y de sentirse necesitado que no hemos sido capaces de transmitir en la relación con el enfermo terminal, en las horas que ha durado el seminario, ya que como ha puesto de manifiesto Callahan (2000), los objetivos de la medicina son dos y de la misma identidad: curar cuando se puede, y en caso contrario, cuidar al enfermo. Por otro lado, cabe considerar la posibilidad de que los alumnos se sientan más identificados con el nacimiento que con la muerte, ya que por la edad, están más cerca del nacimiento que de la muerte que se puede vivir con gran distancia psicológica y temporal: como algo lejano y propio de la gente mayor. No nos atrevemos a hacer más consideraciones al respecto, porque sin duda alguna, otras variables pueden intervenir en el deseo de trabajar con enfermos terminales. Una conclusión importante que se desprende de este estudio es que el deseo de trabajar con enfermos terminales continua siendo la opción menos deseada, a pesar de la intervención. Una vez más, nos reafirmamos en nuestra creencia de que la preparación del futuro profesional de Enfermería para trabajar con enfermos terminales debe iniciarse al comienzo de los estudios de esta disciplina, porque como podemos observar en nuestro estudio, los cambios de conducta y motivación requieren tiempo y una adecuada

programación de los contenidos y de la forma en que se expondrán. Este es el objetivo y la línea de investigación que queremos llevar a delante a partir de los datos actuales.

- **Competencia Percibida Frente a la Muerte de Bugen**

Es la misma escala que se utilizó en el estudio principal. ¿Se puede aumentar la capacidad de sentirse competentes frente a la muerte mediante una impartición de contenidos referidos a la muerte y al enfermo terminal?

Para analizar la mediación del seminario en la Competencia Percibida Frente a la Muerte, hemos creído oportuno analizar los resultados por fases (PRE y POST-1), es decir, antes de empezar el seminario y a las dos semanas de haber concluido el mismo. Por otro parte, se han analizado los resultados por género, comunidad y por Competencia Percibida global. En general, los hombres se sienten de forma estadísticamente significativa, más competentes en *afrentar pérdidas futuras* y en *afrentar la muerte de seres cercanos* en la fase PRE por comunidad, no observándose diferencias significativas entre Andalucía y Cataluña. Es decir, antes de la impartición del seminario, los hombres se perciben más capaces de soportar pérdidas futuras y la muerte de seres cercanos. Como se ha expuesto anteriormente, los hombres, presentan un mayor nivel de regulación emocional que las mujeres, y es probable, que esta capacidad emocional les permita afrontar situaciones tan impactantes como puede ser la muerte de seres cercanos.

En relación a la fase POST-1 se dan diferencias significativas en lo referente a la *capacidad para afrontar pérdidas futuras, la capacidad para afrontar la muerte de seres cercanos, la capacidad para escuchar a los demás, pasar tiempo con el enfermo terminal, ayudar a elaborar sobre la muerte y la capacidad para comunicarse con un enfermo moribundo*. Es decir, a los alumnos de la comunidad andaluza la asistencia al seminario les sirvió para aumentar de forma significativa, la Competencia Percibida en los aspectos antes mencionados. Por otro lado, partiendo del análisis de los resultados obtenidos en la Competencia Percibida global, la impartición del seminario sirvió para aumentar de forma significativa, dicha Competencia.

Profundizando un poco más en los resultados de esta variable, nos gustaría añadir que si uno no se siente capaz de regular sus emociones, todo lo referido a su muerte o a su proceso de morir, le generará más miedo y ansiedad. Y la intervención ha servido para dejar claro que el proceso de morir está impregnado entre otros aspectos, de dolor, tristeza, rabia, ansiedad...Así pues, la Inteligencia Emocional puede tener un papel predominante en el

cambio de actitudes frente a la muerte y, en este caso concreto, en el aumento de la Competencia Percibida. Las personas con capacidad para regular las emociones y al mismo tiempo para comprender sus sentimientos, serán personas que no tendrán dificultad en poder expresar los propios miedos respecto a la muerte o en su defecto, esa dificultad será menor. En este sentido, los alumnos andaluces muestran una mayor Competencia Percibida Frente a la Muerte, lo que confirma que su capacidad emocional es superior a la manifestada por los alumnos de la comunidad catalana.

Siguiendo en la línea explicativa del párrafo anterior, la intervención ha servido para que los alumnos de la comunidad andaluza aumenten de manera significativa su percepción de Competencia Percibida en uno de los aspectos más impactantes del proceso de morir: *pasar tiempo con un enfermo moribundo*. Las explicaciones dadas a lo largo del seminario han fortalecido su capacidad, aspecto que no se da en los alumnos catalanes. La predisposición a compartir los sentimientos que genera el proceso de morir, parece ser una tónica en los alumnos de Andalucía. Es decir, no existe temor o miedo a estar con enfermos terminales. Los resultados de este apartado de Competencia Percibida confirman y afianzan los resultados obtenidos en el estudio principal, en donde veíamos que a mayor capacidad de regulación de las emociones y a mayor claridad de los sentimientos, menor miedo a los muertos y a la muerte. Por lo tanto, reforzar mediante un seminario las creencias sobre las capacidades de los alumnos que ya de por sí muestran predisposición emocional a trabajar con enfermos en el proceso de morir, servirá y será útil para fortalecer dicha implicación.

Cuando nos planteamos los contenidos a impartir en el seminario, teníamos claro que el tema de la *comunicación-información* con el enfermo en fase terminal era uno de los temas cruciales que se debían de abordar. Dado el poco tiempo de que disponíamos decidimos impartir este tema utilizando el juego de roles, en donde el profesor hacía de enfermo terminal. El objetivo era trabajar el impacto emocional que genera el tema de la comunicación en el proceso de morir. Una vez más, los alumnos de la comunidad andaluza muestran una mayor capacidad de Competencia Percibida después de la intervención y en consecuencia, una mayor capacidad emocional de regulación emocional frente a uno de los aspectos más complejos y difíciles de tratar desde un punto de vista emocional, como es el de la comunicación-información con el enfermo al final de la vida. No obstante, también podemos hacer otra lectura de los resultados; los alumnos de Cataluña, después de la intervención se dan cuenta de que comunicarse con el enfermo terminal no es fácil y que genera un fuerte impacto emocional, lo que en su caso, les hace disminuir su capacidad de Competencia Percibida en el tema de la comunicación.

- **Creencias sobre el enfermo terminal**

Estábamos interesados en averiguar que sabían los alumnos sobre el enfermo terminal y su proceso de morir. Para ello creamos un cuestionario que recogía los principales aspectos que se dan en la atención al enfermo al final de su vida. En el análisis global de las creencias sobre el enfermo terminal, se observa que sólo existen diferencias significativas cuando se analizan las diferentes fases (PRE y POST). Es decir, globalmente, se puede deducir por los resultados obtenidos, que la impartición del seminario sirvió para disminuir las creencias negativas que se tenían sobre el enfermo terminal y el proceso de morir. Así pues, la intervención ha demostrado que ha sido eficaz en el cambio de creencias en la mayoría de los aspectos relacionados con el proceso de morir. Entre estos aspectos queremos destacar los siguientes: a) la creencia de que el enfermo terminal muere con mucho dolor, disminuye de manera significativa después de la intervención; b) la creencia de que es mejor que el familiar muera en casa, aumenta de forma significativa en la comunidad andaluza; y c) la creencia de que la morfina se utiliza para el tratamiento del dolor aumenta de forma significativa después de la intervención.

Quisiéramos añadir que nos sentimos gratamente sorprendidos al comprobar que creencias como *Enfermería puede hacer mucho por el enfermo terminal*, o que *es importante para el enfermo terminal que reciba apoyo psicológico y espiritual*, sean creencias que los alumnos confirman como necesarias. Es decir, la intervención sólo ha hecho que confirmar lo que los alumnos ya creían. Como señala Neimeyer (1997), las actitudes orientadas a la comprensión es más probable que cambien cuando los sujetos están en situaciones nuevas o ambiguas y se les proporciona información que puede reducir la ambigüedad. En este sentido, el conocimiento que se les ha administrado a partir de la impartición del seminario les ha servido para cambiar o ratificar algunas creencias sobre la muerte y el proceso de morir.

- **Autoeficacia frente a la muerte.: Escala de Autoeficacia de Robbins**

Hablar de Autoeficacia a veces nos lleva a hablar de Competencia Percibida. Por ello, queremos dejar claro una vez más, que son conceptos distintos, pero a veces, difíciles de discriminar (Bandura, 1982 y Wallston, 1992). **Autoeficacia** es una valoración de capacidades de ejecución, es decir, una predicción del éxito conductual en una determinada tarea, mientras que el **control percibido** es una valoración de contingencias entre conducta y consecuencias, siendo una creencia de carácter general (Fernández *et al.*1998). Hecha esta aclaración, pasaremos a comentar los resultados más significativos de esta variable.

En relación a la fase PRE, es decir, antes de la impartición del seminario, los hombres muestran un nivel más elevado de Autoeficacia que sus compañeras, en los siguientes aspectos: *afrentar la muerte de una persona anciana, afrontar la muerte de una persona con sida, afrontar la muerte de un enfermo de cáncer, dar el pésame y afrontar la muerte de un amigo de la misma edad.*

Por otro lado, en la fase POST-1 (evaluación realizada dos semanas después de la impartición del seminario), en relación a la comunidad, los alumnos andaluces después de la impartición del seminario aumentaron de forma significativa su nivel de Autoeficacia en los siguientes aspectos: *escuchar las preocupaciones del enfermo terminal y del familiar, tocar un cadáver, afrontar la muerte de un enfermo de cáncer, comunicarse con un enfermo moribundo, visitar a un amigo moribundo, dar el pésame, permitir que un enfermo moribundo se comuniquen y proporcionar apoyo emocional al familiar del enfermo terminal.*

Y, en relación a los resultados de la Autoeficacia global, existen diferencias estadísticamente significativas por fases y por comunidad. Mientras que los alumnos de la comunidad catalana presentan una disminución de su nivel de Autoeficacia en la segunda fase, los alumnos de la comunidad andaluza y de forma significativa, presentan un nivel más elevado de la misma. Es decir, la intervención generó un aumento de la percepción de Autoeficacia frente al enfermo terminal y su familia en los alumnos de la comunidad andaluza.

Profundizando en algunos de los aspectos que recoge la escala de Autoeficacia frente a la muerte, queremos resaltar que la intervención generó un efecto contrario en ambas comunidades en la capacidad de *comunicarse con un enfermo moribundo*. En Cataluña, provoca un descenso y en Andalucía, un ligero aumento. En este sentido, creemos que la capacidad de comunicarse con un enfermo moribundo vendrá determinada por la capacidad o la facilidad de regular el impacto emocional que puede aparecer en el momento de comunicarse con un enfermo al final de su vida. Es de suponer, que al igual que sucede con la Competencia Percibida, los alumnos de Andalucía, se sientan reforzados en su capacidad después de la intervención.

En relación a la capacidad de *afrentar la muerte de un amigo de su edad*, la intervención influyó provocando un descenso en los estudiantes varones. En este sentido, es importante señalar que eran los hombres que antes de la intervención presentaban un nivel de Autoeficacia más elevado. Por lo tanto, se confirma que la educación sobre la muerte, en algunos casos, puede generar resultados contrarios a los esperados. No obstante, no podemos

dejar de lado la duración del seminario: no descartamos la posibilidad de que con más tiempo, los resultados podrían ser diferentes, ya que el mayor contacto con los alumnos facilitaría poder compartir dudas, miedos, puntos de vista diferentes... lo que podría generar otras respuestas a las obtenidas en nuestro estudio.

La intervención genera un aumento de la capacidad de *estar con una persona que presenta síntomas desagradables* en los alumnos de la comunidad andaluza, mientras que en los alumnos de Cataluña, se observa un descenso. Estar con una persona que presenta síntomas desagradables es una vez más, sinónimo de estar al lado del sufrimiento, del dolor o de la pena. Y en este sentido, la comunidad andaluza al igual que ocurre con la Competencia Percibida, se siente más competente que la catalana.

Permitir a un paciente que se comuniquen plenamente y proporcionar apoyo a la familia del enfermo en fase terminal son dos capacidades que están en la misma línea. Es decir, la intervención ha hecho que aumentara la Autoeficacia en estos aspectos cargados de emociones en los estudiantes andaluces, mientras que en los estudiantes catalanes ha influido al revés, es decir, les ha disminuido.

En líneas generales, queremos añadir para concluir este apartado, que un seminario de educación sobre la muerte puede generar cambios en relación a las creencias sobre el enfermo al final de la vida y al deseo de querer trabajar con este tipo de enfermos. No obstante, y como se ha reflejado en nuestro estudio, no es fácil el cambio de las actitudes hacia el enfermo y el proceso de morir, ya que existen variables que no son fáciles de modificar, entre ellas, los rasgos de personalidad, la experiencia, los mecanismos de defensa, el miedo al sufrimiento, la cultura en relación a la muerte y a los muertos. Por otro lado, la forma de llevar a término el seminario, la duración del mismo, la experiencia del docente, el clima grupal...son factores que incidirán en un mayor acercamiento al enfermo al final de su vida. A pesar de estas dificultades, los resultados obtenidos en este estudio experimental, nos animan a seguir por este camino, ya que en mayor o menor medida, los cambios de este tipo de actitudes son posibles y se podrían traducir en un futuro, en una mejora de la atención al enfermo al final de la vida y de su familia, con el objetivo principal, de proporcionar el mejor bienestar posible en esta difícil etapa de la vida de una persona.

2.4. Discusión global

El objetivo básico del presente estudio ha consistido en el análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de su vida en estudiantes de Enfermería de dos comunidades autónomas españolas, Andalucía y Cataluña. Profundizando en el tema del enfermo moribundo, señalaremos que en la actualidad y en nuestra sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos (Bayés *et al.* 1999). Esta negación social de la muerte (Azulay, 2000), también está presente en los profesionales sanitarios, que no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que puede generar la muerte y el trabajo continuado en el proceso de morir ajeno. Como señalan Tomás-Sábado y Guix (2001), el colectivo de Enfermería que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, puede presentar actitudes de rechazo, huída o inseguridad, entre otras reacciones, por el hecho de tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es evidente que estos miedos o inseguridades del personal sanitario dificultarán la atención en el proceso de morir. Así pues, si se pudieran canalizar las conductas o actitudes negativas que genera la muerte, probablemente podría incidir en una mejora de la atención que se presta al enfermo terminal y a su familia que redundaría en un mayor nivel de confort y bienestar. Por lo tanto, creemos que para prestar la mejor atención posible al enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal así como a sus familiares, es necesaria una formación y una preparación específica en Enfermería, en lo referente a la muerte, la atención al enfermo terminal a través de los cuidados paliativos, la atención al duelo y la preparación emocional (Witt *et al.* 2003). Pero esta no es una labor fácil, porque como señalan Bayés *et al.* (2000), cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible, y por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte. En este sentido, un primer paso en la mejora de la formación de los profesionales de la salud, en general, y de Enfermería, en particular, deberá consistir en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás. Investigar las actitudes y emociones del futuro profesional de Enfermería es uno de los objetivos básicos que nos hemos planteado como prioritarios y son objeto de la presente investigación.

Para llevar a término este objetivo, se han analizado variables que pueden intervenir en el tema de la muerte y de la atención al enfermo terminal. Por otra parte, nos interesaba averiguar que porcentaje de alumnos desean ya desde el ingreso en la Universidad, trabajar en

su futuro laboral con enfermo terminales. En este sentido, se han analizado variables que pueden incidir en el deseo de trabajar con enfermos al final de su existencia. Partimos de la idea de que si se sabe que aspectos ayudan o facilitan el deseo de trabajar con este tipo de enfermos, se podrá a lo largo de los tres años que en la actualidad configuran los estudios de Enfermería, potenciar y trabajar con estos aspectos, lo que podrá repercutir en un aumento del deseo y en una mejor atención y preparación a la hora de trabajar con enfermos terminales. A este respecto, el afrontamiento a situaciones especialmente delicadas como es el proceso de morir sin una formación específica, puede llevar a una disminución de la calidad asistencial que se proporciona a los pacientes y a sus familias, quienes ya se encuentran pasando por circunstancias difíciles de llevar de una forma serena (Ulla *et al.* 2001), al mismo tiempo que genera un desgaste emocional en los profesionales sanitarios.

Teniendo presente lo expuesto anteriormente, hemos dividido el presente trabajo en dos grandes apartados: La parte **teórica** y la parte **empírica**. Centrándonos en la **parte teórica**, esta se ha subdividido en dos grandes capítulos: la muerte y el proceso de morir.

En el *capítulo de la muerte* se han expuesto **aspectos epidemiológicos de la muerte** analizando las tres patologías que hoy por hoy, están más presentes en la atención al enfermo terminal: cáncer, sida y enfermo geriátrico. Otro apartado de este capítulo se refiere a los **aspectos socioculturales de la muerte** incidiendo en la importancia de la cultura como elemento que puede condicionar las actitudes hacia este tema en general, y en particular, el deseo de trabajar en un futuro laboral con enfermos terminales. A continuación, se expone un **análisis psicológico de la muerte** en donde se describen temas relacionados con las reacciones emocionales más frecuentes como son la ansiedad, el miedo a la muerte y la evaluación de esta ansiedad.

En el *capítulo del proceso de morir* se hace un análisis del concepto de **enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal** en donde se explica la filosofía de los cuidados paliativos así como los instrumentos básicos de actuación de estos cuidados. A través de tres apartados, se describe con cierto detalle, **la ansiedad y el miedo ante la muerte en Enfermería, el papel de la Enfermería y los Cuidados Paliativos y la Enfermería y docencia en cuidados paliativos**. Otro apartado importante de este bloque es el que se refiere a las **actitudes ante la muerte** en donde se exponen, entre otros conceptos, la naturaleza de las actitudes, la evaluación de las mismas, y el cambio de actitudes a través de la educación sobre la muerte. Y finalmente, en este bloque temático se hace referencia a los

procesos emocionales ante la muerte y el proceso de morir, en donde se describen los conceptos de Autoeficacia, Competencia Percibida e Inteligencia Emocional.

En la **parte empírica**, se dan a conocer los objetivos e instrumentos utilizados para llevar a término el estudio principal (estudio1), y el estudio experimental (estudio 2), de la presente investigación, así como los resultados de dichos estudios.

A continuación queremos hacer una breve síntesis de todo lo que a nuestro entender, ha aportado este estudio al campo de los Cuidados Paliativos.

Nuestra experiencia tanto docente como asistencial en cuidados paliativos nos ha llevado a valorar como un hecho importante, la necesidad de cuidar al cuidador sanitario del enfermo al final de su vida. Son muchas las horas y los días al lado de la muerte. Y si bien es cierto que la capacidad de adaptación es grande, a veces, la adaptación pasa factura en forma de crisis de ansiedad, estrés, bajas por depresión, cansancio físico y emocional, alteraciones psicosomáticas... ¿Cómo podemos desde nuestra labor como docentes y como profesionales de la psicología ayudar a disminuir el impacto emocional en los cuidadores? La realización de esta tesis ha pretendido indagar e investigar aspectos relacionados con el futuro profesional de los estudiantes de Enfermería y su trabajo con enfermos terminales. Como hemos manifestado anteriormente, si se puede intervenir desde el inicio de los estudios en Enfermería en la formación en cuidados paliativos, probablemente estaremos ayudando a disminuir el impacto de la muerte y a mejorar la relación enfermera/o-enfermo terminal y familia.

Con este trabajo hemos querido ahondar en los factores emocionales presentes en el proceso de morir. A nuestro entender, es un estudio pionero en nuestro país en lo referente a la incorporación del constructo de Inteligencia Emocional al campo de la atención al enfermo terminal en estudiantes de Enfermería. Por otro lado, nos servirá para formar al futuro profesional de una forma que hasta ahora no contemplábamos, es decir, formaremos al futuro profesional reforzando su Inteligencia Emocional, ya que como hemos se ha podido comprobar, existe una relación directa entre deseo de trabajar con enfermos terminales e Inteligencia Emocional.

Al mismo tiempo, tanto la Competencia Percibida como la Autoeficacia, son dos factores que en nuestro estudio, también han mostrado tener una relación directa con la Inteligencia Emocional. Así pues, creemos que el camino está trazado a partir de este estudio. Las conclusiones del mismo nos llevan a sugerir que en el futuro tanto en la formación como en la praxis asistencial, se deberá de tener en cuenta la importancia de este constructo.

Partiendo de los resultados de esta investigación, se ha podido constatar la fuerte relación existente entre Competencia Percibida, Autoeficacia e Inteligencia Emocional. Es decir, cuando se han escogido estudiantes con puntuaciones elevadas, en las dimensiones de la Inteligencia Emocional Percibida, (**Atención** a los sentimientos, **Claridad** y **Regulación** emocional), se llega a la conclusión que una elevada Claridad y Regulación emocional conlleva a su vez, un elevado nivel de Competencia Percibida y Autoeficacia en tres de las variables que a nuestro entender son fundamentales a la hora de tener en cuenta la formación en los cuidados al enfermo al final de su vida: **el miedo a la muerte, el miedo a los muertos y el deseo de trabajar con enfermos en fase terminal**. En otras palabras, a más Inteligencia Emocional, más Competencia Percibida y más Autoeficacia y en consecuencia, menos miedo a la muerte y a los muertos y más deseo de trabajar con enfermos al final de la vida. Así pues, la importancia de estos tres procesos cognitivos se hace evidente y sin duda, es una de las aportaciones más importantes de la presente investigación. Por otro lado, se confirma y está en la línea de otros estudios en donde se pone de manifiesto el valor de estos tres conceptos en temas relacionados con el estrés y la salud. Entre estos estudios, queremos citar el de Limonero *et al.* (2004), Colell *et al.* (2004), Fernández-Berrocal *et al.* (2003), Gohm (2003), Blasco *et al.* (1999), Fernández-Castro *et al.* (1998), Fernández-Berrocal *et al.* (1998), Salovey *et al.* (1995) y Wallston (1992).

En relación a las hipótesis planteadas en nuestro estudio podemos observar que se verifican las siguientes hipótesis:

1- Debido al miedo y a la ansiedad que genera trabajar con la muerte día a día, ***no existirá un elevado nivel de deseo de trabajar con enfermos al final de la vida una vez concluidos los estudios de Enfermería, si lo comparamos con la posibilidad de trabajar con otros enfermos.***

2- El entramado sociocultural sobre la muerte en la comunidad andaluza, determinará que ***los estudiantes de la comunidad andaluza presenten un nivel más elevado de Inteligencia Emocional que los estudiantes catalanes.***

3- ***Existirá una relación entre Inteligencia Emocional, Competencia Personal Percibida ante la muerte y Autoeficacia ante la muerte. Es decir, a mayor IE, mayor Competencia Percibida ante la muerte y mayor Autoeficacia.***

4- ***La impartición de un seminario de educación sobre la muerte y el proceso de morir, generará cambios en las creencias sobre la muerte y el proceso de morir.***

Así mismo, la hipótesis 5 no se verifica en nuestro estudio.

5- Debido a que en las poblaciones pequeñas el culto a los muertos conlleva la realización de rituales que permiten estar cerca del difunto y de sus familiares, *los estudiantes que viven en poblaciones de menos de 50.000 habitantes, tendrán más deseo de trabajar con enfermos al final de la vida.*

A modo de síntesis, partiendo de los resultados obtenidos de esta investigación, podemos deducir, en líneas generales, lo siguiente:

- a) existe una conducta de rechazo para trabajar con enfermos terminales;
- b) parece ser que a mayor claridad de sentimientos y mayor capacidad de reparación de los mismos así como una baja atención de los sentimientos, genera un aumento del deseo de trabajar con enfermos terminales;
- c) deducimos que este rechazo viene dado por el miedo a la muerte y el miedo a los muertos;
- d) por otro lado, a mayor claridad de los sentimientos y mayor capacidad de regulación de los mismos, menor miedo a los muertos y a la muerte;
- e) los alumnos de la comunidad andaluza presentan un mayor nivel de Inteligencia Emocional percibida, en comparación con los alumnos de la comunidad catalana en la dimensiones Claridad y Regulación emocional;
- f) a mayor nivel de Competencia Percibida y de Autoeficacia frente a la muerte, mayor deseo de trabajar con enfermos al final de la vida;
- g) a mayor Atención a los sentimientos y menor Claridad y Regulación emocional de las emociones, más miedo a la muerte y,
- h) a mayor nivel de Inteligencia Emocional percibida, mayor nivel de Competencia Percibida y mayor nivel de Autoeficacia frente a la muerte.

De lo expuesto en el apartado anterior llegamos a la siguiente conclusión:

Si somos capaces de potenciar la claridad de los sentimientos y aumentar la reparación o regulación de los mismos, así como conseguir una adecuada atención de los sentimientos, podremos aumentar el deseo de trabajar con enfermos terminales y

disminuir el miedo a los muertos y a la muerte de los futuros profesionales de Enfermería, aspectos que se traducirán en una mejor atención asistencial a este tipo de enfermos.

Queda camino por delante, pero estamos ilusionados. Nos sentimos satisfechos con el trabajo hecho, aceptando sus limitaciones y sus imperfecciones. Nos ha llevado tiempo el poder llevarlo a término y concluirlo, pero ha valido la pena. Esperamos y deseamos que esta pequeña aportación al mundo de los cuidados paliativos sirva para ofrecer el máximo bienestar no sólo al enfermo al final de su vida y a su familia, sino también y sobretodo, al personal sanitario, y en concreto al colectivo de Enfermería tan habituado al impacto emocional y al sufrimiento.

2.5. Conclusiones

De los resultados del presente estudio queremos destacar a modo de conclusión, los siguientes aspectos:

1.- El deseo de trabajar con enfermos terminales no depende del lugar de residencia, ni de la comunidad donde se vive.

2.- Los estudiantes de este estudio manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente ni asistencialmente, para cuidar a enfermos terminales. Se sienten más preparados para cuidar a otro tipo de enfermos; sólo el 7% de los estudiantes catalanes y el 4,7% de los andaluces, manifiestan sentirse muy preparados asistencialmente para cuidar enfermos terminales.

3.- Se valora como muy importante los cuidados al enfermo terminal. Esta importancia ya se manifiesta en los alumnos de primer curso que apenas hace un mes que están en la Universidad.

4.- De todas las preferencias profesionales que supuestamente podían escoger los alumnos al terminar los estudios, la opción más valorada es la de poder trabajar con enfermos pediátricos, siendo el trabajo con enfermos terminales de cáncer, sida, geriátricos y de raza gitana, las opciones menos deseadas. De poder elegir, los alumnos no trabajarían con enfermos al final de su vida. En este sentido, no existe un elevado deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de Cuidados Paliativos.

5.- Existe una relación entre Competencia Percibida Frente a la Muerte y deseo de trabajar con enfermos terminales. Es decir, a más Competencia Percibida, más deseo de trabajar con este tipo de enfermos. Esta relación se da en las dos comunidades.

6.- Al igual que en el caso anterior, la Autoeficacia frente a la muerte correlaciona con el deseo de trabajar con enfermos terminales.

7.- En relación al tema de la Inteligencia Emocional percibida, los alumnos de Andalucía presentan una mayor Claridad de los sentimientos y una mayor capacidad de Reparación o Regulación de los mismos. Es decir, los estudiantes de Andalucía muestran una

mayor capacidad de Inteligencia Emocional percibida en comparación con los alumnos catalanes en estos parámetros.

8.- A más capacidad de Reparación o Regulación de las emociones, mayor es el deseo de trabajar con enfermos terminales.

9.- A menor capacidad de Reparación y más Atención a los sentimientos, más miedo a la muerte y a los muertos. Así pues, el miedo vendría explicado por estos dos componentes de la Inteligencia Emocional.

10.- En relación al miedo a la muerte, existe más miedo a la propia muerte que al propio proceso de morir. En comparación, existe más miedo a la muerte y al proceso de morir de la persona querida.

11.- Existe relación entre los componentes de la Inteligencia Emocional percibida y el miedo a la muerte. En líneas generales, a más atención a los sentimientos, y menos claridad y regulación de los mismos, más miedo a la propia muerte y al propio proceso de morir y más miedo a la muerte y al proceso de morir de la persona querida.

12.- Un nivel elevado de Inteligencia Emocional percibida, en sus componentes Claridad y Regulación emocional, correlaciona con un nivel elevado de Competencia Percibida y de Autoeficacia Frente a la muerte.

13.- *El sentirse cerca de las personas queridas* es el aspecto que más ayudaría morir en paz en las dos comunidades. Por otro lado, *crear en otra vida después de la muerte y poder morir en casa*, son los dos aspectos seleccionados en mayor proporción por los alumnos de la comunidad andaluza que les ayudaría a morir en paz.

14.- El tiempo dedicado a la impartición del seminario creemos que ha podido condicionar los resultados del estudio experimental. No obstante se observan diferencias entre ambas fases (pre y post intervención).

15.- La intervención genera un descenso de la sensación de sentirse preparados emocionalmente para cuidar enfermos terminales en los estudiantes de Cataluña.

16.- La intervención no genera un aumento en el deseo de trabajar con enfermos terminales, siendo esta opción la menos deseada en las dos comunidades.

17.- En general, la intervención genera un aumento en la Competencia Percibida y la Autoeficacia frente a la muerte en los alumnos de Andalucía.

18.- La intervención genera cambios en las creencias que los alumnos tenían sobre el enfermo terminal y su proceso de morir. Estos cambios se mantienen al cabo de seis meses.

- **De aquí en adelante**

Los resultados de esta investigación muestran la importancia del constructo de la Inteligencia Emocional y su implicación en la formación del futuro profesional de Enfermería. Así pues, nos proponemos trabajar en esta línea de investigación, ya que como se ha podido deducir de los resultados de este trabajo, la Atención a los sentimientos y la Comprensión y Regulación de los mismos, incide directamente con el deseo de trabajar con enfermos terminales y con el miedo a la muerte. Y esta propuesta la hacemos a partir de la docencia en la Universidad. Pensamos que si desde primer curso se prepara al futuro profesional en este campo, al terminar los estudios de Enfermería, estamos convencidos de ello, el deseo de trabajar con enfermos terminales aumentará ya que se habrá podido incidir en sus miedos desde su ingreso en la Universidad. Creemos que este trabajo ha abierto las puertas a una nueva línea de investigación en el campo de los Cuidados Paliativos, y no sólo a nivel asistencial, sino también a nivel de formación de los futuros profesionales sanitarios.

Queremos terminar esta investigación con una cita llena de emoción y de ternura que nos habla del camino recorrido por uno de los autores más queridos y admirados en nuestro país, y de quien hemos aprendido la importancia del soporte emocional en el proceso de morir, me refiero al profesor Ramon Bayés.

“A medida que me acerco, cada vez más velozmente, a la estación terminal de la vida, a menudo contemplo, con creciente tristeza, desde la plataforma del último vagón, cómo huyen los brillantes raíles hacia un pasado irrecuperable, cómo se pierden en la lejanía alegres prados de niños sonrientes, borrosas colinas de adolescentes inseguros, atardeceres de amigos prematuramente desaparecidos, viejos cerezos amigos a los que no esperan nuevas primaveras, sonrisas perdidas en la niebla, que ya sólo a mí, me es posible recordar. Y el sufrimiento crece en mi interior, indisolublemente unido a una extraña sensación temporal que poco tiene que ver con las horas que van marcando, inexorablemente, los relojes de las pequeñas estaciones de los pueblos que van quedando atrás. Se trata de mi tiempo, único, personal, irrepetible, que se me escapa fugaz a través de los brillantes raíles, a la vez que me anuncia la proximidad del fin del viaje” (pp.5-6). (Bayés, 1998).

REFERENCIAS

- Anstey, S. (1991). Communication. En Jenny Penson y Ronald Fisher (Eds.). *Palliative care for people with cancer: a guide for nurses*. London: Edward Arnold, (pp. 217-241).
- Antolín Rodríguez, R., Fernández Lamelas, M^a. y Rodríguez Gómez, C.V. (2003). Conocimientos y actitudes de los estudiantes de Enfermería ante el SIDA. *Enfermería Científica*, 224-225: 22-24.
- Arranz, P. y Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En M. González Barón (Ed.) *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo de cáncer* (pp. 1101-1114). Madrid: Panamericana.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. *Medicina Paliativa*, 7 (4), 145-146.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologists*, 37(2), 122-147.
- Bar-On, R. (1997). The Emocional Quotient Inventory (EQ-I): A test of emotional intelligence. Toronto: Multi-Health Systems.
- Barret, L. F. y Gross, J.J. (2001). *Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation*. En T. J. Mayne y G.A. Bonano. Emotions current issues and future directions. New York: The Guilford Press.
- Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal. Un enfoque multidisciplinario. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 201-208.
- Bayés, R. (1987). La prevención del cáncer. *Jano*, 33 (783), 45-55.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bayés, R. y Barreto, P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinaridad. *Clínica y salud*, 3 (1), 11-19.

- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P. y Comas, M. D. (1997). A way to screen for suffering in Palliative Care. *J Palliat Care*, 13(2):22-26.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17.
- Bayés, R. y Limonero, J. T. (1999). Aspectos emocionales del proceso de morir. En E.G. Fernández Abascal y F. Palmero (Eds.) *Emociones y salud* (pp. 265-278). Barcelona: Ariel.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Buendía, E., Burón, E. y Enriquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6, 4; 140-143.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Arranz, P. y Romero (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Rev. Medicina Clínica*, 115, 579-582.
- Baylor, RA y McDaniel, AM (1995). Nurses' attitudes toward caring for patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *J Prof Nurs*, 1995; 12: 99-105.
- Bellack, J.P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient? *Journal of Nursing Education*, 38, 3-4.
- Blanco-Picabia, A. (1993). Hablando de la muerte... (Pero, ¿de qué muerte?). En V. Pelechano (Comp.). *Psicología, mitopsicología y postpsicología*. Valencia: Promolibro, (pp.230-247).
- Blasco, T. (1990). *Factores psicológicos en la modulación de respuestas biológicas: el caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer*. Tesis doctoral en microfichas. Bellaterra (Barcelona). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T. y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y Estrés*, 5, 261-273.
- Bonano, G.A. (2001). *Emotion self-regulation*. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). *Emotions current issues and future directions*. New York: The Guilford Press.
- Buckman, R. (1998). *Com donar les males notícies. Una Guia per a professionals de la salut*. (Traducción). Vic: EUMO.

- Bugen, L.A. (1980-1981). Coping: Effects of death education. *Omega*, 11, 175-183. En Neimeyer, R. A. *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*, (pp.159.174) Barcelona: Paidós.
- Busquets, X., Pujol, T. (2001). Los estudiantes de Enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*, 8 (3),116-119.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal of Medicine*, 342, 654-656.
- Cano, A. y Miguel, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Carpintero, H. (2000). Notas históricas sobre la ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 6(1), 1-19.
- Cassem, N.H.(1974). Muerte y negación. En Autores varios. *Sociología de la muerte*. Madrid: Sala.
- Catalán, G. (1990). *Epidemiología de la fase terminal en enfermos de cáncer: Condicionantes del lugar de muerte*. Tesis doctoral: Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Centeno, C. (1993). *Medicina paliativa: necesidades psicosociales del enfermo oncológico en situación terminal*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Valladolid.
- Centeno, C., Hernansanz, S., Flores, L., Sanz, A. y López-Lara (2001). Programas de Cuidados Paliativos en España. *Medicina Paliativa*, 8 (2): 85-99.
- Colell, R., Fontanals, A., Jürschik, P., Torner, T. y Allende, P.(1991). La relación con el enfermo terminal. Una difícil realidad. *Notas de Enfermería*. 1(4): 19-22.
- Colell, R., Fontanals, A.y Rius, P. (1993). Atención al enfermo terminal. Trabajo en equipo. *ROL*, 177, 56-58.
- Colell, R. y Fontanals, A. (1996). Principios de comunicación: cómo dar malas noticias. *Clínica Rural*, 454: 5-15.
- Colell, R. y Limonero, J. T. (2003). *¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico?* Rev. ROL Enf. 26(2):92-92.

- Colell, R.; Limonero, J. T. y Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, Vol. V, nº 2, 104-112.
- Colell, R. Limonero, J. T., Ballesté, J. y Blanco, J. (2004). Relació entre por a la mort i Intel·ligència Emocional en professionals de Cures Pal·liatives (pp.58). *Libro de Comunicaciones del V Congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos*. Lleida.
- Collet, L. J. y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- Comas, M. D. (1990). Suport emocional a la situació de malaltia terminal: una proposta interdisciplinària. Ponència presentada al *Primer Simposi d'Atenció Socio Sanitari*. Barcelona.
- Comas, M. D. (1991). Quin es el paper del psicòleg en l'atenció dels malalts en situació terminal? En *II Congreso de Terapia y Modificación del Comportamiento de Países de Lenguas Latinas: LATINI DIES*, mayo.
- Comas, M. D. (1992). El malalt en situació terminal. Aspectes emocionals. *Segona edició de L'Escola d'Estiu de Psicologia*. Barcelona, 29 de junio al 1 de juliol.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1990). Europa contra el cáncer. *Documentos Europeos*, 11-12, Madrid. Comisión de las Comunidades Europeas.
- Corr, C.A. (1993). Death in modern society. En Doyle, D., Hanks, G.W.C. y MacDonald, N. (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 28-36).
- Oxford:Oxford medical Publications. Cullen, K. (1998). El síndrome de burn-out: cómo cuidar al cuidador. En E. López Imedio (Ed.) *Enfermería en Cuidados Paliativos* (pp.267-273). Madrid: Panamericana.
- DePaola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B. y Fiedler, J. (1997). Preocupación por la muerte y actitudes hacia los ancianos en el personal de enfermería en geriátricos. En Neimeyer, R. A. *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp. 207-220). Paidós: Barcelona.

- Dobler, H. (1974). *La muerte y el morir: función del miedo a la muerte en las relaciones interpersonales con el paciente desahuciado*. Trabajo de Investigación de Tercer ciclo. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Durlak, J.A. y Reisenberg (1991). The impact of death education. *Death Studies*,15: 39- 58.
- Durlak, J. A. (1997). Cambiar las actitudes hacia la muerte a través de la educación. En Neimeyer, R. (Ed.). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp. 247-262). Barcelona: Paidós.
- Elam, C.I. (2000). Use of “emotional intelligence” as one measure of medical school applicants’ non cognitive characteristics. *Academic Medicine*, 75(5), 445-446.
- Escámez, J. y Ortega, P. (1988). *La enseñanza de actitudes y valores*. Valencia: Nau Llibres.
- Estébanez, P. (2001). La pandemia de Sida y situaciones de riesgo. *Pub of Seisida*, 12: 109-115.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Report*, 91, 47, 47-59.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003).La Inteligencia Emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Durán, A. (2003). Inteligencia Emocional y burn-out en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- Feifel, H. (1959). *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H. y Nagy, V.T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (2), 278-286.
- Feldman-Barret, B.L. Gross, J.J. Conner, T.C. y Benvenuto, M. (2001). Knowing what you’re feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.

- Fernández-Berrocal, P., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metacognición sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga. 1, 83-84.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos-Díaz, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 247-260.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional? *Encuentros en Psicología Social*, 1, 255-259.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fernández-Castro, J.; Álvarez, M^a; Blasco, T.; Doval, E. y Sanz, A. (1998). Adaptación de la escala de Competencia Personal de Wallston. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 31-41.
- Fernández-Dols, J. M. (1995). Emociones. En Morales, J. F. (Ed.) *Psicología Social* (pp.326-359). Madrid: Mc Graw Hill.
- Fernández, J. A. y Machín, J. (1998). Diferencias de valoración de diversos problemas de salud en estudiantes y profesionales de Enfermería. *Enfermería Científica*, 190-191: 30-32.
- Fernández, I., Velasco, C. y Campos, M. (2003). Inteligencia emocional, alexitimia y factores psicosociales. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 246-250.
- Ferrer, F. (2002). Actitudes y conocimientos de la enfermería frente al sida. Análisis de su evolución entre 1991 y 2001. *Enfermería Científica*, 238-239, 4-13.
- Fishbein, M y Ajzen, I. (1980). *Understanding attitude and predicting social*. Behavior. New York: Prendice Hall.
- Flores, L.; Centeno C.; Hernansanz, S.; Sanz A.; López-Lara F. (2002). *Directorio de recursos de cuidados paliativos*. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones.
- Fortner, B. y Neimeyer, R.A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.

- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Germain de Montmollin (1991). El cambio de actitud. En Moscovici, S. *Psicología Social I*, (pp.117-173). Barcelona: Paidós.
- Gohm, C.L., Baumann, M. R. y Sniezek, J. A. (2001). Personality in Extreme Situations: Thinking (or not), under Acute Stress. *Journal of Research in Personality*, 35, 388-399.
- Gohm, C.L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 594-607.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la Inteligencia Emocional*. Kairós: Barcelona.
- Gómez-Batiste, X. y Roca, J. (1989). Atenció de malalts terminals oncològics. *Salut Catalunya*, 3 (4), 176-179.
- Gómez-Sancho, M. (1994). *Cuidados paliativos e intervenció psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas: ICEPPS.
- Gómez-Sancho, M. (1996). *Cómo dar malas noticias en medicina*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.
- Hayslip, B. y Stewart, B.D. (1987). Locus control and levels of death anxiety relationships. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 113-128.
- Hinton, J.M. (1967). *Dying*. Middlesex: Penguin Book. Traducción: Experiencias sobre el morir, 1974.
- Hintze, J., Templer, D.I., Capplety, G.G. y Frederik, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV- infected males. *Death Studies*, 17, 333-341.
- Hutchison, T.D. y Scherman, A. (1992). Didactic and experiential death an dying training: impact upon death anxiety. *Death Studies*, 16(4): 317-330.
- Instituto Nacional de Estadística I.N.E. (1993). *Defunciones según la causa de muerte 1990. Movimiento natural de la población española*. Madrid: I.N.E.

- Isla, P. (2003). El envejecimiento de la población. *ROL Enf*, 26(3): 183-188.
- Kastenbaum, R. y Aisenberg, R. (1972). *The Psychology of death*. New York: Springer Publishing.
- Kastenbaum, R. y Costa, P.T. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of psychology*, 28, 225-249.
- Kirchberg, T. M. y Neimeyer, R. A. (1991). Reactions of beginning counsellors to situations involving death and dying. *Death Education*, 15, 603-610.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Traducción, (1994). Barcelona: Grijalbo.
- Lamberth, J. (1982). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.
- Landero, R. y González, M. (2003). Autoeficacia y escolaridad como predictores de la información sobre VIH/SIDA en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 61-70.
- Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67 (1), 27-36.
- Lester, D. (1991). The Lester attitude toward death scale. *Omega*, 23 (1), 67-75.
- Lester, D. y Templer, D. (1992-1993). Death anxiety scales: A dialogue. *Omega*, 26 (4), 239-253.
- Lichert, I. (1991). Some psychological causes of distress in the terminally ill. *Palliative Medicine*, 5, 138-146.
- Limonero, J. T. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. *Tesis doctoral inédita*. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Limonero, J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49 (2), 249-265.
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Rev. Ansiedad y estrés*, 3 (1), 37-46.

- Limonero, J. T. (2003). Emocions, estrés i salut. En Joaquim T. Limonero (Ed.). *Motivació i emoció* (pp. 235-254). Barcelona: UOC.
- Limonero, J. T., Bayés, R., Piriz, I. y Fisman, N. (2003). Afrontando el proceso de morir. Comparación entre las percepciones de los profesionales sanitarios españoles y argentinos. *Oncología Clínica*. Vol. VIII, 4, 946-948.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, MJ. y Aradilla, A. (2003). Influencia de la Inteligencia Emocional y de la Competencia Percibida en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Psicología. *Medicina Paliativa*, 10 (supl. 1), 162.
- Limonero, J. T.; Tomás-Sábado, J.; Fernández, J.; Gómez, J. (2004). Influencia de la Inteligencia Emocional Percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10 (1), 29-41.
- Lockard, B.E. (1989). Immediate, residual, and long-term effects of a death education instructional unit on the death anxiety level of nursing students. *Death Studies*, 13(2):137-159.
- Lonetto, R. y Templer, D. I.(1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Ediciones Temis.
- Mattews-Simonton, S. y Shook, R. (1989). *Familia contra enfermedad*. (Traducción). Madrid: Raices.
- Mayer, J.D. (2001). *A field guide to emotional intelligence*. En Ciarrochi, J., Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (Eds). *Intelligence in Everyday Life*. (pp 3-24). New York: Psychology Press.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence* (pp.3-31). New York: Basic Books.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En Silverio Palafox y Jaime Vila (Eds.). *Motivación y emoción* (pp. 209-344). Madrid: Alambra Universidad.
- Miller, H.R., Davis, S.F. y Hayes, K.M. (1993).Examining relations between interpersonal flexibility, self-esteem, and death anxiety. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 31 (5), 449-450.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Registro Nacional del SIDA.
- Morales, J. F.; Rebollo, E. y Moya, M. (1995). Actitudes. En Morales, J. F. (Ed.) *Psicología Social* (pp.496-523). Madrid: Mc Graw Hill.
- Mouren-Mathieu, A.M. (1987). *Soins Paliatifs*. Montreal : Editions Lamarre.
- Naudí, M^a. C.; Palomar, C. y Ramírez, M. (1996). Cuidados específicos de Enfermería. En Gómez-Batiste, Planas, Roca y Viladiu (Eds.). *Cuidados Paliativos en Oncología*. (pp.279-286). Barcelona: JIMS.
- Neimeyer, R.A. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Paidós: Barcelona.
- Noble, B. (1991). *Giving bad news*. Midlans Medicine, 18 (6).
- O.M.S. (1990). *Technical Report Series 804. Cancer pain relief and Palliative Care*. Geneva: WHO.
- Palmer, B., Donaldson, C. y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-110.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement . Studies of grief in adult life*. London: Tavistok.
- Patton, J.F. y Freitag, C.B. (1977). Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus control. *Psychological Reports*, 40, 51-54.
- Richardson, J. (2002). Health promotion in palliative care: the patients' perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting. *Journal of advanced Nursing*, 40(4): 432-440.
- Robbins, R. A (1997). Competencia ante la muerte: escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y escala de Autoeficacia frente a la muerte. En Neimeyer, R. A. *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp.159.174). Barcelona: Paidós.
- Robbins, R.A. (1992). Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Studies*.16, 557-567.

- Rojas Alcántara, P., Armero Barranco, D., Campos Aranda, G. Muñoz Pérez, V. M., Riquelme Marín, A. y González Quijano, 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.
- Rovira, M. *et al.* (1994). Comportamiento y actitudes de los profesionales de Enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH positivos. *Pub of Seisida*, 5: 513-517.
- Salgado, A., Guillén, F. y Ruipérez, I. (2002). *Manual de geriatría*. Barcelona: Masson.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J.D. Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A. y Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Sanz Ortiz, J. (1998). Consideraciones actuales sobre el morir. En E. López Imedio (Ed.) *Enfermería en Cuidados Paliativos* (pp. 9-12). Madrid: Panamericana.
- Sanz Ortiz, J. (1999). Historia de la Medicina Paliativa. *Med Pal*, 6, (2), 82-89.
- Sanz, A. (1997). *Autoeficacia, valor del incentivo y competencia percibida: efectos sobre la reactividad fisiológica, el afecto y la conducta*. Tesis doctoral. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Saunders, C. (1967). *The management of terminal illness*. Londres: Hospital Medicine.
- Saunders, C. M. (1980). *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. (Traducción). Barcelona: Salvat Editores.
- Schröder, M. (1996). Evaluación del impacto emocional de los enfermos oncológicos en situación terminal. *Tesis doctoral*. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

- Schröder, M.; Martín, E.; Fontanals, MD. Y Mateo, D. (1996). Estrés ocupacional en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa Vol. 3, (4): 26-31*.
- Seisdedos, N. (1988). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA Ediciones.
- Siegel, B. (1995). *Amor, medicina milagrosa*. Madrid: Espasa Calpe.
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.
- Soler, M. (1998). Formación de Enfermería en cuidados paliativos. En E. López Imedio (Ed.) *Enfermería en Cuidados Paliativos* (pp. 357-361). Madrid: Panamericana.
- Soler, M. C. (2000). Cuidados paliativos e intervención psicosocial. *Medicina Paliativa*. 7(2): 70-75.
- Spiegel, D. (1990). Can psychotherapy prolong cancer survival. *Psychosomatics*, 31 (4), 361-366.
- Stedeford, A. (1984). *Facing death. Patients, families and professionals*. London: William Heinemann.
- Stillon, J.M. (1985). *Death and the sexes*. Washington: Hemisphere. Citado por Tomás-Sábado (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.
- Thayer, J.F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E. y Johnsen, B.H. (2003). Gender differences in the relationship between Emocional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349-364.
- Tang, C. S-K., Wu, A.M.S. y Yan , E.C.W. (2002). Psychological correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26, 491-499.
- Telban, S.G. (1980). The relationship between death anxiety and the registered nurses' knowledge of the hospital. Tesis Doctoral. *The Pennsylvania State University*. Pennsylvania: University Park.
- Templer, D. I. (1976). Two factor theory of death anxiety: A note. *Essence*, 1, 91-93.

- Templer, D.I. (1970) The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychology*, 82: 165-177.
- Templer, D.I. y Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety with symptomatic treatment of depression. *Psychological Rreport*, 35, 216.
- Thomas, L.V. (1991). *La muerte*. Barcelona: Paidós. Estudio.
- Thorson, J.A. y Powell, F.C. (1993). Personality, death anxiety and gender. *Bulletin of the Psychosomatic Society*, 31 (6), 589-590.
- Thorson, J.A. y Powell, F.C. (1991). Life, death, and life after death:meanings of the relationship between death anxiety an religion. *Journal of Religious Gerontology*, 8(1), 41-55.
- Thorson, J.A. y Powell, F.C. (1996).Undertakes' death anxiety. *Psychol Rep.* 78: 1228-1230.
- Tomás-Sábado, J. (2001).*Construcción de una escala de ansiedad ante la muerte* (tesis doctoral en microfichas). Barcelona. Universitat de Barcelona.
- Tomás-Sábado, J. y Guix, E. (2001). Ansiedad ante la muerte en enfermería: efectos de un curso de formación. *Enfermería Científica*, 11, 104-109.
- Tomás-Sábado, J. y 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.
- Tomer, A. y Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20, 343-365.
- Twycross, R.G. (1990). Palliative care: a compulsory issue. *Advances in Pain. Research and Therapy*, 13, 297-302.
- Twycross, R. y Lack, S. (1987). *Terapèutica del pacient amb càncer terminal*. Traducción. Vic: EUMO, 1990.

- Tye, C.C. (1996). Sudden bereavement in accident and emergency: the development and evaluation of a short educational course for qualified nurses. *Accid Emerg Nurs*, 4(2): 88-93.
- Ulla, S.; Arranz, P.; Argüello, M.T.; Morcillo, J.L. y Del Rincón, C. (2001). Acercamiento al enfermo en situación terminal: Implicaciones para la formación de Enfermería. *Enfermería Científica*, 234-235: 73-80.
- Urraca, S. (1982). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*. Tesis doctoral. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Usieto, R. (1996). *Prevención y tratamiento del cáncer de mama*. Madrid: Ediciones CESA.
- Vachon, M.L.S. (1993). Emotional problems in palliative care; patient, family and professional. En Doyle, G.W. Hanks y N. MacDonald, (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 3-13). Oxford: Medical Publications.
- Vissandjée, B. y Dupère, S. (2000). La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, Vol. 32, No. 1, 99-111.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.
- White, P.D. (1983). A Behavioral Intervención for Death Anxiety in nurses. *Omega*, 14(1): 33-42.
- Witt, D., LaPorte, M., Panke, J., Grant, M. y Rhone, A. (2003). End-of life Nursing Education Consortium Curriculum. An introduction to Palliative Care. *Nurse Educator*, 28 (3): 111-120.
- White, J.A. y Powell, F.C. (1991). Life, death, and life after death: meanings of the relationship between death anxiety an religion. *Journal of Religious Gerontology*, 8(1), 41-55.
- Zerzan, J., Stearns, S. y Hanson, L. (2000). Access to palliative care and Hospice in Nursing Homes. *Jama*, Vol. 284, (19): 2489-2494.

A N E X O S

A N E X O I

DOSSIER UTILIZADO EN EL ESTUDIO PRINCIPAL

1.-

| | | |
|---|---|---|
| Fecha: | Escuela: | curso: |
| Código: primera letra del nombre de la madre: _____ | | |
| primera letra del nombre del padre: _____ | | |
| tercera letra de tu nombre: _____ | | |
| Edad: ____ | Sexo: mujer <input type="checkbox"/> | hombre <input type="checkbox"/> |
| Lugar de residencia habitual (lugar donde has vivido siempre con tus padres): | | |
| <input type="checkbox"/> Población de menos de 5.000 habitantes | | |
| <input type="checkbox"/> Población de más de 5.000 y 25.000 habitantes | | |
| <input type="checkbox"/> Más de 25.000 y 100.000 habitantes | | |
| <input type="checkbox"/> Más de 100.000 habitantes | | |
| Años que tu familia (padres y hermanos), reside en Andalucía <input type="checkbox"/> | | |
| Cataluña <input type="checkbox"/> | | |
| desde siempre <input type="checkbox"/> | desde haceaños | <input type="checkbox"/> no reside |

2.- En estos momentos, emocionalmente me siento:

Muy mal | _____ | Muy bien

3.- ¿Te sientes preparado desde un punto de vista **emocional o psicológico**, para cuidar a enfermos terminales?

nada **poco** **regular** **bastante** **mucho**

4.- ¿Te sientes preparado desde un punto de vista **asistencial**, para cuidar a enfermos terminales? (Por ejemplo, como controlar el dolor, como comunicarte con el enfermo, que información darle, tratamiento de los principales síntomas...)

nada poco regular bastante mucho

5.- **Puntúa la importancia que para ti tienen los cuidados al enfermo terminal en la carrera de Enfermería.** Puntúa de 1 a 10. (Una puntuación de 1 sería la mínima importancia, y 10 la máxima importancia): _____

6.-

Valora de 1 a 7 tu nivel de *no deseo – deseo* en cada una de las siguientes afirmaciones.

| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> |
|---|----------------|----------|----------|----------|----------|------------------------------|----------|
| no lo desearía en absoluto | neutral | | | | | lo desearía muchísimo | |
| <i>Hasta que punto desearías, en tu futuro laboral, trabajar en las siguientes situaciones:</i> | | | | | | | |
| Trabajar con enfermos ingresados en un hospital de agudos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales de cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos atendidos en Atención Primaria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales de sida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos pediátricos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales geriátricos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos ingresados en una UVI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos ingresados en Urgencias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales de raza gitana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

7.- A continuación encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO TE SIENTES AHORA, EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa tu **situación presente o actual**.

| | nada | algo | bastante | mucho |
|---|------|------|----------|-------|
| 1.- Me siento calmado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.- Me siento seguro/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3.- Estoy tenso/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.- Estoy contrariado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5.- Me siento cómodo/a (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.- Me siento alterado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.- Estoy preocupado/a ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8.- Me siento descansado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9.- Me siento angustiado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10.- Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.- Tengo confianza en mí mismo/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12.- Me siento nervioso/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13.- Estoy desasosegado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14.- Me siento muy “atado/a” como oprimido/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15.- Me siento relajado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16.- Me siento satisfecho/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17.- Estoy preocupado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18.- Me siento aturdido/a y sobreexcitado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19.- Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20.- En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

A continuación encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala la puntuación 0 a 3 que mejor indique **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL** en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando lo que mejor describa cómo te sientes **generalmente o de forma habitual**.

| | casi nunca | a veces | a menudo | casi siempre |
|---|-------------------|----------------|-----------------|---------------------|
| 21.- Me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22.- Me canso rápidamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23.- Siento ganas de llorar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24.- Me gustaría ser tan feliz como otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25.- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26.- Me siento descansada/o | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27.- Soy una persona tranquila serena y sosegada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28.- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29.- Me preocupo por cosas sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30.- Soy feliz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32.- Me falta confianza en mí misma/o | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33.- Me siento segura/o | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34.- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35.- Me siento triste (melancólico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36.- Estoy satisfecha/o | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37.- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38.- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39.- Soy una persona estable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40.- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa/o y agitada/o | 0 | 1 | 2 | 3 |

9.- ¿Te gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio de atención al enfermo en situación de enfermedad terminal ?

no me gustaría en absoluto | _____ | me gustaría muchísimo

10.- Valora de 1 a 7 tu nivel de desacuerdo-acuerdo con las siguientes afirmaciones:

| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> |
|---|----------------|----------|----------|----------|----------|------------------------------|----------|
| <i>Totalmente en desacuerdo</i> | <i>Neutral</i> | | | | | <i>Totalmente de acuerdo</i> | |
| Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me siento preparado para afrontar mi muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soy capaz de afrontar pérdidas futuras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sé cómo hablar con los niños de la muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y al proceso de morir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me puedo comunicar con un enfermo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

11.-

| Puntúa de 1 a 7 tu nivel de desacuerdo - acuerdo en las siguientes afirmaciones: | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------------|----------|----------|----------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Totalmente en desacuerdo | | | Neutral | | | | Totalmente de acuerdo |
| Un enfermo moribundo de cáncer es una persona que muere con mucho dolor físico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| A un enfermo terminal se le puede ayudar muy poco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| El enfermo terminal es un enfermo que presenta muchos síntomas difíciles de tratar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un enfermo terminal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Es preferible ocultar al enfermo que se está muriendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Lo mejor es decirle al familiar que su ser querido se está muriendo y esconder la verdad al enfermo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tanto para el familiar como para el enfermo, lo mejor es que muera en su casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| La morfina se utiliza para el tratamiento del dolor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Es muy importante para el enfermo terminal, recibir apoyo psicológico y espiritual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| El dolor es el síntoma más difícil de tratar en el enfermo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| La boca seca, el estreñimiento, el cansancio y la desgana son síntomas habituales en el enfermo terminal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| El familiar no quiere que el enfermo se entere de que se está muriendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| La morfina crea adicción y anula la voluntad del enfermo terminal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Lo que más preocupa al familiar son los aspectos emocionales del proceso de morir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Lo que más preocupa al enfermo terminal en el proceso de morir es el control de los síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

12.- NEW TMMS. INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y decida la frecuencia con la que Ud. cree que se produce cada una de ellas. No hay repuestas correctas ni incorrectas, buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------|-----------|------------------|----------------------------|-----------------------|
| NUNCA | RARAMENTE | ALGUNAS VECES | CON BASTANTE FRECUENCIA | MUY FRECUENTEMENTE |

Rodee con un círculo la respuesta que más se aproxime a sus preferencias

En caso de equivocación táchela con un aspa, y rodee con otro círculo la nueva opción.

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Presto mucha atención a los sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Me dejo llevar por mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Normalmente me preocupo mucho por lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Debería dejarme llevar por las emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Normalmente pierdes el tiempo pensando en tus emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | La gente viviría mejor sintiendo menos y pensando más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Los sentimientos son una debilidad de la persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Cuando resiento feliz, pienso en todo aquello que podría salir mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Es importante ocultar algunos sentimientos para defender tu intimidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Cuando soy feliz me doy cuenta lo absurdo de la mayoría de mis preocupaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Pienso en mi estado de ánimo constantemente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Tengo mucha energía cuando resiento feliz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Creo que es saludable "sentir" cualquier tipo de emoción. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Los sentimientos dirigen la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | La mejor forma de manejar mis sentimientos es vivirlos y experimentarlos al máximo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Cuando estoy de buen humor soy optimista con respecto al futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Soy partidario de actuar por mis corazonadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | A menudo pienso en mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Presto mucha atención a cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Tengo claros mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

No se detenga. Continúe en la página siguiente...

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------|-----------|------------------|----------------------------|-----------------------|
| NUNCA | RARAMENTE | ALGUNAS VECES | CON BASTANTE FRECUENCIA | MUY FRECUENTEMENTE |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 23 | Frecuentemente me equivoco con mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Casi siempre sé como me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Me siento a gusto con mis emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Normalmente conozco mis sentimientos sobre algo determinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Pierdo mucha energía cuando resiento triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | La variedad de sentimientos humanos hace la vida más interesante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Cuando mi estado de ánimo es bajo, no puedo evitar tener pensamientos tristes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Normalmente tengo mucha energía cuando estoy triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Mi forma de pensar suele cambiar dependiendo de cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Siempre puedo decir cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | A veces puedo decir cuales son mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Me siento confundido con mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Puedo llegar a comprender mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Aunque me sienta mal, intento pensar en cosas agradables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, intento calmarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | Me preocupo por tener un buen estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | No tengo mucha energía cuando me siento feliz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Siempre que estoy de mal humor, me siento pesimista respecto al futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | Si estoy muy optimista, intento tener los pies en el suelo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 | Cuando estoy triste me doy cuenta que las cosas buenas de la vida son ilusiones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 | Aunque a veces me siento feliz, normalmente tengo una visión pesimista de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

13.-

¿Hasta qué punto te sientes *incapaz* - *capaz* de realizar las siguientes acciones?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------|----------|
| totalmente incapaz | moderadamente capaz | | | | completamente capaz | |
| Afrontar la muerte de una persona anciana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Afrontar la muerte de un enfermo de SIDA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Tocar un cadáver | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Afrontar la muerte de un enfermo de cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Comunicarte con un paciente moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Visitar a un amigo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Dar el pésame a una familia de un paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Afrontar la muerte de un amigo de tu edad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Acompañar a una persona en el momento de su muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Permitir a un paciente moribundo que se comunique plenamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Cuidar del paciente para que la familia tenga un respiro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| Entender el duelo y el dolor de la pérdida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |

16.- Indica si estás de acuerdo en las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta la puntuación siguiente:

| Totalmente en desacuerdo | bastante en desacuerdo | un poco en desacuerdo | un poco de acuerdo | bastante de acuerdo | totalmente de acuerdo | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 1.- Tengo éxito en los proyectos que emprendo | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2.- Normalmente las cosas no salen como las he planeado | | | | 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 |

17.- ¿Hasta qué punto te preocupan o inquietan los aspectos de la muerte y del proceso de morir que se mencionan a continuación?

Valora del 1 al 5 tu nivel de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones:

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|--------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada | Un poco | Regular | Mucho | Muchísimo |

1.- Tu propia muerte:

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Perder todo lo que tienes en esta vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No poder sentir o pensar algo nunca más | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 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 |

18.- En el caso de que te estuvieras muriendo realmente, ¿en qué medida crees que los siguientes aspectos podrían ayudarte a morir en paz? Marca con una X la respuesta elegida.

1.- Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

2.- Pensar que mi proceso de morir, si se produce, será corto.

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

3.- Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

4.- Pensar que mi muerte o mi desaparición no supondrán una carga insoportable

(económica, afectiva, o de otro tipo) para mis personas queridas

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

5.- Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

6.- Pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

7.- Pensar que mi vida ha tenido algún sentido

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

8.- Creer en otra vida después de la muerte

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

9.- No sentirme culpable (sentirme perdonado), por conflictos personales del pasado

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

10.- Pensar que si la situación se me hace insoportable, podré disponer de ayuda para morir con rapidez

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

11.- Pensar que podré morir en casa

nada ... poco ... bastante ... mucho ... muchísimo ...

Si de los aspectos mencionados, tuvieras que elegir los dos que consideras más importantes para ayudarte a morir en paz, ¿cuáles elegirías? Rodea por favor, con un círculo, los números correspondientes a sólo dos de ellos.

PRIMER ASPECTO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

SEGUNDO ASPECTO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

19.- ¿Te sientes preparada/o desde un punto de vista psicológico o emocional para cuidar a personas enfermas?

nada poco regular bastante mucho

20.- ¿Te sientes preparada/o desde un punto de vista psicológico o emocional para cuidar a personas enfermas

nada poco regular bastante mucho

21.- ¿Te sientes preparada/o desde un punto de vista asistencial o técnico para cuidar a personas enfermas

22.- ¿Has realizado la asignatura de cuidados paliativos? SI NO

A N E X O II

ESTUDIO EXPERIMENTAL: SEMINARIO

SEMINARIO: actitudes básicas en la atención al enfermo terminal y familia.

Se explica a los alumnos la dinámica del seminario: como se va a realizar, la duración, los contenidos, la importancia del mismo y el objetivo.

Objetivo: introducir la importancia de los cuidados enfermeros en el proceso de morir.

PRIMER DÍA

1.- EVOLUCIÓN SOCIAL DEL PROCESO DE MORIR

Años: 40-50. El 70% de las personas morían en su casa cuidadas por la familia.

Actualidad: El 80% de las personas mueren en el hospital atendidas por equipos de salud.

ANTE ESTA REALIDAD:

E. Kübler Ross: años 60 escribe “*Sobre la muerte y los moribundos*”

Cicely Saunders: años 70 escribe “*El tratamiento de la enfermedad maligna y terminal*” *Crea el primer Hospice.*

EN LA ACTUALIDAD:

Globalidad de la atención al enfermo terminal. Desde Canadá hasta la India.

En España: década de los 80. *(Se expone la aplicación de la filosofía de los cuidados paliativos en nuestro país y los primeros pasos dados a través de los hospitales Marqués de Valdecillas en Santander, Hospital de la Sta. Creu en Vic y del Programa vida als anys en Cataluña).*

2.- ENFERMERÍA Y ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL

Modelo inglés: Se expone la importancia de la labor de enfermería en el modelo inglés de atención al enfermo terminal.

Modelo canadiense: *Se explica la labor en Montréal de la Fundación Ville Marie dedicada a la atención del enfermo moribundo tanto a nivel hospitalario como en su domicilio. Es una Fundación dirigida y llevada por enfermeras que consta de 100 voluntarios, 25 enfermeras y un médico.*

Modelo español: UFISS/PADES. *Se explica la función de los equipos y de sus miembros, así como la actual situación de los cuidados paliativos en España.*

Experiencia personal. *(Hablo de mi experiencia de 7 años trabajando en un equipo de cuidados paliativos ofreciendo soporte emocional al enfermo y familia).*

3.- ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL = CUIDADOS PALIATIVOS

cuidados paliativos: cuando ya no es posible curar, el objetivo se convierte en cuidar y ofrecer el máximo confort al enfermo y familia.

PRINCIPIO BÁSICO: Ayudar a bien morir ofreciendo el máximo confort en los 4 niveles: bio / psico / social / espiritual = equipo multidisciplinar.

La atención se centra:

Tratamiento de los principales síntomas: *astenia, anorexia, sequedad de boca, estreñimiento y dolor.*

Información-comunicación

4.- VIVENCIA DE LA MUERTE

Se proponen ejercicios vivenciales sobre el impacto de la muerte a nivel personal ya que, cuidar al enfermo terminal y familia es estar al lado de la muerte.

La muerte genera todo tipo de sentimientos: rabia, pena, tristeza, miedo...

(Se trabaja el tomar conciencia: trabajar a nivel personal para darse cuenta y evitar las proyecciones).

Ejercicios para darse cuenta o tomar conciencia.

a) **Ejercicio del papel con agujero en el centro:** *se muestra un folio con un agujero en el centro y cada alumno tiene que decir que representa para él un folio con un agujero. Forma de darse cuenta de que cada persona proyecta o desplaza en el papel aspectos personales.*

b) **Ejercicio del papel lanzado al suelo:** *se pide a los alumnos que cierren los ojos y que se identifiquen con el papel que tengo en la mano. Ellos son el papel. Tienen que centrarse en lo que sienten ante lo que voy a hacer a continuación. Se arruga con la mano el folio y se lanza con violencia al suelo. A continuación se pregunta a los alumnos que han sentido al sentirse lanzados con violencia al suelo.*

c) **Ejercicio de la palabra muerte:** *se pide a los alumnos que cierren los ojos y se centren en el sentimiento que les genera oír la palabra MUERTE.*

d) **Ejercicio de las tres pérdidas:** *se pide a los alumnos que escriben las tres cosas o los tres aspectos que dan sentido a sus vidas. Se deja un tiempo y se pide a continuación que tachen una de estas tres cosas, es decir, pierden una de estas cosas o personas que dan sentido a su vida. Se hace lo mismo con las otras dos cosas siguientes.*

e) **Pérdidas existenciales.** *Se explica a los alumnos que desde que nacemos hasta nuestra muerte, la vida está llena de pérdidas y la muerte es la última pérdida. Se les pide que escriban las principales pérdidas de sus vidas y que las compartan en grupos de cinco alumnos.*

5.- SOCIOLOGÍA DE LA MUERTE

La forma como se vive la muerte también está condicionada por la cultura. *Entre todos, se analizan cómo se vive la muerte en la cultura oriental y la occidental.*

6.- ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUALES DEL PROCESO DEL MORIR

A partir de un diagnóstico que llevará a la persona a un proceso de morir en un corto espacio de tiempo, aparecen en la persona cambios vitales y un proceso de adaptación a la nueva situación. (Se expone un caso real de un médico de 24 años diagnosticado de un cáncer de riñón y que murió al cabo de un mes. Se analiza su vida antes y después de la enfermedad terminal a partir de los cuatro componentes de nuestro YO: biológico, psicológico, social y espiritual o existencial).

Impacto de la adaptación al proceso de morir

Se exponen las fases de Kübler-Ross y se hace un ejercicio con los alumnos sobre una pérdida importante relacionándola con los mecanismos de negación, rabia, pacto, tristeza y aceptación que son las fases mediante las cuales nos adaptamos a las situaciones de pérdida según la teoría de esta autora.

Impacto de la muerte a corto plazo en el enfermo

Se explica como se manifiesta el impacto en el enfermo terminal: preocupaciones miedos, mecanismos de defensa, sentimientos...

Impacto de la muerte a corto plazo en la familia

Se explica como se manifiesta el impacto en la familia o cuidador: preocupaciones miedos, mecanismos de defensa, sentimientos...

Impacto de la muerte a corto plazo en el equipo

Se explica como se manifiesta el impacto en el equipo: preocupaciones miedos, mecanismos de defensa, sentimientos...

SEGUNDO DÍA

Este segundo día se dedica exclusivamente al tema de la comunicación–información al enfermo terminal y familia.

1. - Se invita a los alumnos a participar de forma activa mediante el juego de roles.

2.- Les invito a que se imaginen que están haciendo prácticas clínicas y al entrar en una habitación me encuentran a mí que después de saludarles les pregunto:

¿Tu sabes lo que tengo? ¿Tengo un cáncer? ¡Creo que me voy a morir esta noche!

3.- Durante unos quince minutos proponen alternativas a mis preguntas generando una discusión sobre el cómo decir, qué decir, cuando decir...

4.- Para explicar la importancia de la información-comunicación con el enfermo terminal y familia se expone un esquema donde se reflejan los cuatro factores que siempre están presentes en el proceso de morir y que son el motivo por el que el enfermo pregunta.

FACTORES PRESENTES EN EL PROCESO DE MORIR:

DOLOR (físico, existencial, afectivo...)

AFECTO (a personas a situaciones a cosas...)

MIEDO (al más allá, como quedará la familia...)

ASUNTOS PENDIENTES (despedirse de, terminar, celebrar...)

5.- A continuación se exponen 6 casos reales (2 enfermos terminales de cáncer, 2 enfermos terminales de geriatría y 2 enfermos terminales de sida) en donde se ha tenido presente el anterior esquema.

6.- Se invita a los alumnos a que hablen de sus experiencias en relación con la comunicación-información con el enfermo terminal y familia.

8.- Se exponen los principios de la comunicación.

9.- Se comentan los aspectos a tener en cuenta en la información.

10.- Se explica el tema de la conspiración de silencio

11.- Se hace una puesta final común.

A N E X O I I I

6.-

Valora de 1 a 7 tu nivel de no deseo – deseo en cada una de las siguientes afirmaciones.

| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> |
|--|----------|----------|----------|----------------|----------|----------|------------------------------|
| no lo desearía en absoluto | | | | neutral | | | lo desearía muchísimo |
| <i>¿Hasta que punto desearías, en tu futuro laboral, trabajar en las siguientes situaciones:</i> | | | | | | | |
| Trabajar con enfermos ingresados en un hospital de agudos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales de cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos atendidos en Atención Primaria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales de sida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos pediátricos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales geriátricos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos ingresados en una UVI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos ingresados en Urgencias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Trabajar con enfermos terminales de raza gitana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

7.- ¿Te gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio de atención al enfermo en situación de enfermedad terminal ?

no me gustaría en absoluto | _____ | **me gustaría muchísimo**

8.- Valora de 1 a 7 tu nivel de desacuerdo - acuerdo con las siguientes afirmaciones:

| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> |
|--|----------|----------|----------|----------------|----------|----------|------------------------------|
| Totalmente en desacuerdo | | | | Neutral | | | Totalmente de acuerdo |
| Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me siento preparado para afrontar mi muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soy capaz de afrontar pérdidas futuras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sé cómo hablar con los niños de la muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y al proceso de morir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me puedo comunicar con un enfermo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9.-

| Puntúa de 1 a 7 tu nivel de desacuerdo - acuerdo en las siguientes afirmaciones: | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------------|----------|----------|----------|------------------------------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> | |
| Totalmente en desacuerdo | | | Neutral | | | | Totalmente de acuerdo |
| Un enfermo moribundo de cáncer es una persona que muere con mucho dolor físico | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| A un enfermo terminal se le puede ayudar muy poco | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| El enfermo terminal es un enfermo que presenta muchos síntomas difíciles de tratar | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un enfermo terminal | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Es preferible ocultar al enfermo que se está muriendo | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Lo mejor es decirle al familiar que su ser querido se está muriendo y esconder la verdad al enfermo | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Tanto para el familiar como para el enfermo, lo mejor es que muera en su casa | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| La morfina se utiliza para el tratamiento del dolor | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Es muy importante para el enfermo terminal, recibir apoyo psicológico y espiritual | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| El dolor es el síntoma más difícil de tratar en el enfermo moribundo | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| La boca seca, el estreñimiento, el cansancio y la desgana son síntomas habituales en el enfermo terminal | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| El familiar no quiere que el enfermo se entere de que se está muriendo | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| La morfina crea adicción y anula la voluntad del enfermo terminal | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Lo que más preocupa al familiar son los aspectos emocionales del proceso de morir | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |
| Lo que más preocupa al enfermo terminal en el proceso de morir es el control de los síntomas | | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 5 6 7 |

10.-

¿Hasta qué punto te sientes *incapaz* - *capaz* de realizar las siguientes acciones?

| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> |
|--|-----------------------|----------|------------------------|----------|----------|------------------------|----------|
| | totalmente incapaz | | moderadamente capaz | | | completamente capaz | |
| Afrontar la muerte de una persona anciana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo Moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Afrontar la muerte de un enfermo de SIDA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tocar un cadáver | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Afrontar la muerte de un enfermo de cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Comunicarte con un paciente moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Visitar a un amigo moribundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Dar el pésame a una familia de un paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Afrontar la muerte de un amigo de tu edad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Acompañar a una persona en el momento de su muerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Permitir a un paciente moribundo que se comunique plenamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cuidar del paciente para que la familia tenga un respiro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Entender el duelo y el dolor de la pérdida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |