



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

Trabajo Final de Máster

HUMANIZAR LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: LA MUERTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO

Joana Cés de Souza Dantas

Tutora: Macarena Gálvez Herrer

Curso académico 2021-2022



Institut de Formació Contínua-IL3
UNIVERSITAT DE BARCELONA



Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

HUCI Humanizando
los Cuidados
Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. HIPÓTESIS	7
3. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo General	7
3.2 Objetivos Específicos	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Diseño de estudio	8
4.2. Ámbito del estudio	8
4.3. Población de estudio	8
4.3.1. Criterios de inclusión y exclusión	8
4.3.2. Tamaño de la muestra	8
4.3.3. Técnica de muestreo	9
4.4. Variables de estudio e instrumentos de medida	9
4.4.1. Variables sociodemográficas, académicas y de práctica clínica	9
4.4.2. Perspectivas sobre la muerte	9
4.5. Procedimiento	10
4.6. Análisis de los datos	10
5. ASPECTOS ÉTICOS	11
6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES	11
7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA	12
8. PRESUPUESTO	12
9. CRONOGRAMA	13
10. BIBLIOGRAFÍA	14
ANEXO 1. Formulario de consentimiento libre e informado	16
ANEXO 2. Escala <i>ad hoc</i> para la recogida de datos sociodemográficos, laborales y académicos.	17
ANEXO 3. Escala de Perspectivas Sobre la Muerte (<i>Death Perspective Scale</i>)	18

RESUMEN

Este estudio busca evaluar la perspectiva del médico intensivista brasileño con relación a la muerte e identificar aspectos relacionados con su formación académica y la práctica clínica en relación a este tema. Su objetivo es identificar posibles lagunas en el desarrollo de habilidades y competencias para la gestión de los cuidados al final de la vida. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado a través de una plataforma digital gratuita. El cuestionario será distribuido por correo electrónico a médicos intensivistas, en todo el territorio brasileño.

Se realizarán análisis descriptivos de los datos, con el objeto de establecer propuestas de acción que contribuyan a una formación más humanizada de los médicos intensivistas y con ello, a una mejora del bienestar de los profesionales y de la calidad del proceso de morir en Brasil.

Palabras clave: muerte, cuidados al final de la vida, cuidados intensivos, humanización, formación.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad hasta la edad media, la muerte era vista como un fenómeno natural y las personas se comportaban con serenidad ante la posibilidad de la muerte. A lo largo de los siglos, la muerte se ha ido alejando cada vez más de la vida social y se ha convertido en un tema tabú, lo que lleva a la despersonalización del sujeto enfermo y a la deshumanización del proceso de morir, atribuyéndole dolor y sufrimiento y generando malestar a quienes están cerca de la muerte o de los que mueren (1).

Con el foco centrado en la enfermedad, a medida que la medicina avanza tecnológicamente, el hospital se reafirma cada vez más como un lugar de curación y mantenimiento de la vida, y aquellos que están cerca de la muerte son percibidos inconscientemente por los profesionales como un símbolo de "impotencia", acentuando los límites de la medicina al no ofrecer una atención adecuada a las necesidades de estos pacientes en la etapa final de la vida (2).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa lo último en tecnología médica para brindar apoyo vital a los pacientes en estado crítico. Es en este contexto que nos encontramos ante el desafío de abordar cuestiones relacionadas con la finitud. Cuando la muerte se convierte en un desenlace cercano e inevitable, se requieren conocimientos y destrezas para reconocer los límites técnico-científicos y honrar el compromiso ético del cuidado subjetivo-relacional. La inclusión de estrategias interdisciplinarias es fundamental para desarrollar, de forma compartida, un plan de cuidados humanizado e individualizado. Independientemente del tiempo de supervivencia, la satisfacción del paciente y la familia con la atención recibida dependerá de un buen manejo del sufrimiento en todas sus dimensiones (3).

Según Bueno y La Calle (4), la atención humanizada en salud se entiende a través de un enfoque que combina aspectos técnicos y afectivos en favor de la dignidad humana frente al conocimiento técnico-científico. El avance de las tecnologías en salud favorece los diagnósticos, tratamientos curativos, procedimientos y medidas para prolongar la vida, al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida de la población. La difusión de las discusiones sobre el derecho a la autonomía coloca a los pacientes y familiares en un nuevo lugar en la relación con los miembros del equipo, frente al modelo paternalista, dando

nuevos desafíos a los profesionales El foco del cuidado humanizado es la persona y no la enfermedad, considerando los aspectos más individuales del sufrimiento, incluyendo la atención al proceso de duelo de los familiares después de la muerte. Promover una atención adecuada y aliviar el sufrimiento es un indicador de mayor satisfacción para el profesional de la salud. En esta perspectiva, la humanización engloba destrezas y habilidades que permiten una actitud empática y sensible ante el sufrimiento humano, equilibrando el saber y el sentir (5).

En el contexto hospitalario, las relaciones interpersonales están influenciadas por la cultura organizacional. Muchas instituciones no cuentan con la estructura para promover la atención asistencial humanizada, ya sea por falta de inversión material o atención con recursos humanos, lo que lleva a la fragmentación y despersonalización de la atención y al aumento de los problemas en el bienestar de sus profesionales (6). Además de un cambio en la cultura política y económica de las organizaciones médicas, está la necesidad de reconocer a cada persona como un ser único que piensa, habla y da sentido a sus experiencias ante la fragilidad de la vida y el sufrimiento humano. Este cambio exige una reflexión crítica, una resignificación del concepto de cuidado en salud y la inclusión de disciplinas que aborden los temas de humanización en la formación de profesionales de la salud. Entre las habilidades y competencias básicas que necesitan los profesionales para brindar atención centrada en la persona se encuentra la comunicación, que ayuda reducir los conflictos entre los miembros del equipo, al proceso de toma de decisiones compartidas y al fortalecimiento del vínculo. La comunicación es considerada la piedra angular del cuidado centrado en la persona, contribuyendo a una mejora en la calidad de vida de todos los involucrados (4).

El tabú sobre la muerte es una barrera cultural importante para mejorar la atención al final de la vida en Brasil. En el contexto de cuidados intensivos, el aumento de las discusiones sobre la limitación del soporte vital es cada vez mayor. La formación de médicos en Brasil todavía está muy centrada en la enfermedad, en los aspectos curativos y de mantenimiento de la vida. Algunas barreras para implementar cuidados al final de la vida más eficientes están directamente relacionadas con la ausencia de temas específicos durante la formación médica, tales como: comprensión adecuada de términos técnicos

(distanasia, ortotanasia, cuidados paliativos, cuidados al final de la vida), así como los aspectos éticos y legales que involucran las situaciones del proceso de morir (7).

Cuando la cura ya no es una posibilidad y los recursos tecnológicos y farmacológicos para mantener la vida se vuelven limitados, el compromiso del profesional de la salud es con la gestión de los cuidados al final de la vida, requiriendo una replanificación de la conducta en favor del confort y del alivio del sufrimiento. Los cuidados paliativos deben ser establecidos en la rutina de las UCI desde el ingreso del paciente, ya que propugnan el bienestar físico, espiritual y psicosocial del paciente y de la familia a lo largo del proceso de enfermedad hasta el cuidado del duelo tras la muerte del paciente (8). Esta práctica es necesariamente interdisciplinaria, comprende una mirada integral, un equipo integrado y un cuidado holístico. Teniendo en cuenta que la muerte sigue siendo un tema temido en la cultura occidental, que la formación médica está enfocada a acciones curativas y que las UCI tienen una estructura que tiene como objetivo mantener y apoyar la vida, administrar los cuidados al final de la vida, la vida se convierte en una tarea que requiere habilidades y estrategias muy bien definidas (4, 9).

Si bien las discusiones sobre los cuidados al final de la vida en UCI han avanzado, la formación académica de los médicos no sigue el mismo ritmo, lo que dificulta mejorar la calidad de los cuidados al final de la vida que son ofrecidos, genera conflictos éticos, aumenta el nivel de estrés del profesional de la salud, perjudica el abordaje interdisciplinario y provoca aún más sufrimiento a los pacientes y familiares (10). Asegurar el desarrollo de habilidades y destrezas para el enfrentamiento de la muerte y la dinámica relacional es un desafío para la planificación educativa. Es fundamental que facilite los conocimientos teóricos en relación con la práctica clínica, así como con los aspectos legales, emocionales y éticos implicados (11).

De acuerdo con los aspectos revisados anteriormente, este estudio pretende investigar las perspectivas de los médicos intensivistas frente a la muerte y evaluar estas actitudes en relación con aspectos de su formación y práctica profesional, con el objetivo de obtener una imagen de la realidad que permita detectar áreas de mejora en el desarrollo de habilidades y competencias en UCI brasileñas.

2. HIPÓTESIS

La ausencia de formación y prácticas profesionales humanizadas en relación con el proceso de morir se relacionará con actitudes hacia la muerte descriptivas de un mayor sufrimiento en los profesionales.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Evaluar las actitudes hacia la muerte de médicos intensivistas brasileños relacionando dichos resultados con posibles competencias y habilidades adquiridas durante su formación médica, práctica profesional y barreras percibidas para la humanización del proceso de morir.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la presencia o ausencia de aspectos formativos en relación con la humanización del proceso de morir en los médicos intensivistas.
- Identificar la presencia o ausencia de acciones y protocolos de humanización del proceso de morir en las UCI de la muestra.
- Analizar posibles facilitadores y barreras percibidas por los profesionales para la humanización del proceso de morir.
- Evaluar perspectivas hacia la muerte en profesionales médicos intensivistas de las UCI de Brasil.
- Relacionar los aspectos formativos, de práctica médica y barreras percibidas con actitudes hacia la muerte en los médicos intensivistas de la muestra.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

4.2. Ámbito del estudio

La investigación tendrá alcance nacional, ya que estará dirigida a médicos vinculados a una asociación que reúne a profesionales de todo el país.

4.3. Población de estudio

Los sujetos del estudio son médicos intensivistas brasileños, acreditados a la Asociación Brasileña de Medicina Intensiva (AMIB).

4.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Médicos Especialistas en Terapia Intensiva de la AMIB
- Estar trabajando en UCI en el momento de la investigación
- Tener un mínimo de 1 año de experiencia profesional
- Haber completado el Consentimiento Informado (Anexo 1)

Criterios de Exclusión:

- Médicos que no tengan título de Especialista en Terapia Intensiva, aunque trabajen en UCI
- Menos de un año de experiencia profesional médica
- No completar el Consentimiento Informado

4.3.2. Tamaño de la muestra

En las UCI brasileñas existen en ejercicio médicos que no poseen el título de especialista en Medicina Intensiva, por otro lado, se estima que la AMIB cuenta con alrededor de 6.500 (seis mil quinientos) médicos asociados, sin embargo, no todos ellos estarán en la actualidad trabajando de forma activa en una UCI (criterio de inclusión) y se desconoce el número exacto de asociados en activo. Según el censo de 2020, realizado por el Consejo Federal de Medicina (CFM) (12), Brasil cuenta con 6.637 especialistas en medicina intensiva trabajando en el país. Considerando los datos de CFM, un nivel de confianza del

95% y un margen de error del 5%, el tamaño de muestra estimado es de 364 participantes.

4.3.3. Técnica de muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico de tipo consecutivo.

4.4. Variables de estudio e instrumentos de medida

4.4.1. Variables sociodemográficas, académicas y de práctica clínica (Anexo 2)

Mediante un cuestionario desarrollado *ad hoc* por la investigadora principal, compuesto por 50 preguntas estructuradas, se recogerá información de las siguientes variables:

I. Variables sociodemográficas y laborales:

Edad, Género, Años de antigüedad en la profesión médica, UCI de adultos, pediátrica o ambas, Tipo de UCI pública, privada o ambas, Horas de trabajo en UCI durante 1 semana, Presencia de Protocolo de Paliativos en la Unidad, Presencia de Protocolo de Atención al Final de la Vida en la Unidad.

II. Variables académicas y formativas:

Año de finalización de la facultad de medicina, Facultad pública o privada, Año del Título de Especialista en Terapia Intensiva y Presencia de aspectos formativos en relación con la humanización del proceso de morir en la formación universitaria (ítems: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20) y en la especialización (ítems 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29).

III. Variables relativas a la práctica profesional

Condiciones del trabajo que pueden suponer una barrera o dificultad percibida para la gestión de los cuidados al final de la vida (ítems 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37).

Actividades que pueden suponer una dificultad personal para el profesional en relación con el paciente, la familia y a nivel personal (ítems 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49 y 50).

4.4.2. Perspectivas sobre la muerte (Anexo 3)

Las posibles perspectivas ante la muerte evaluadas corresponden a las dimensiones del instrumento *Death Perspective Scales* (13), en su versión portuguesa validada en Brasil (14). Esta escala está compuesta por 43 ítems, divididos en 8 escalas, con un formato de respuesta tipo Likert de 4 a 6:

- Muerte como sufrimiento y soledad: ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
- Muerte como recompensa en el más allá: ítems 7, 8, 9, 10, 11 y 12.
- Indiferencia ante la muerte: ítems 13, 14, 15, 16 y 17.
- Muerte como algo desconocido: ítems 18, 19, 20, 21, 22 y 23.
- Muerte como abandono de quienes dependen de nosotros (culpa): ítems 24, 25, 26, 27 y 28.
- Muerte como oportunidad de coraje: ítems 29, 30, 31, 32, 33 y 34.
- Muerte como fracaso: ítems 35, 36, 37, 38 y 39.
- Muerte como fin natural: ítems 40, 41, 42 y 43.

4.5. Procedimiento

El consentimiento informado, la presentación y explicación de la investigación y el cuestionario de evaluación, se distribuirán a través de la plataforma gratuita de cuestionarios on-line (SurveyMonkey®), utilizando los correos electrónicos registrados en AMIB. Los datos serán recogidos en una dirección de email de la investigadora principal, volcados a Excel, y posteriormente exportados al programa estadístico Statistical Package for the Social Science v.23, para su codificación y análisis.

4.6. Análisis de los datos

Solo los cuestionarios completos se incluirán en el análisis final. Los análisis descriptivos se realizarán mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Previo al análisis bivalente se procederá a la evaluación de la normalidad de la distribución de la muestra. Se aplicará t-Student, y el estadístico Chi cuadrado, y ANOVA según las variables de estudio, así como otras pruebas no paramétricas en función de la normalidad de la muestra. El nivel de significación será de $p < 0.05$ y los análisis se realizarán con el Statistical Package for the Social Science v. 23.0 (SPSS-IBM® Corp, Nova York, EUA).

5. ASPECTOS ÉTICOS

Se pedirá el permiso y aval científico de la AMIB para la realización de la investigación y utilización de sus bases de datos de asociados, así como la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Centro Coordinador y del Consejo Nacional de Ética en Investigación.

Antes de responder a la encuesta, los participantes deberán cumplimentar como requisito previo el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (Anexo 1). La participación será voluntaria y anónima, y la base de datos se mantendrá segura en la computadora del estudio, a la que solo accederá el investigador principal utilizando al menos 2 contraseñas. La dirección IP de la computadora del encuestado se registrará para evitar entradas duplicadas.–Usaremos la Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES) para informar los datos (15).

6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Son aún escasas las investigaciones que identifiquen un desarrollo ideal de habilidades y competencias de humanización de la asistencia sanitaria en organizaciones hospitalarias brasileñas, así como las perspectivas de los profesionales frente a la muerte. Por este motivo, la selección de algunas de las variables de estudio incluidas en el cuestionario *ad hoc* de variables sociodemográficas, laborales y académicas ha sido determinada por la autora y deberán ratificarse en estudios posteriores.

La definición y representatividad de la muestra es una limitación que debe ser considerada. Si bien conocemos el número de médicos asociados a AMIB, no es posible definir de forma exacta cuántos de ellos se encuentran trabajando en la UCI en el momento de la investigación. Por otra parte, se trata de un estudio transversal y descriptivo que permitirá obtener una imagen de la realidad, pero no generalizar sus resultados ni establecer conclusiones de causa-efecto. Para esto último sería necesario abordar este tema en un futuro de forma prospectiva y longitudinal.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

El presente estudio puede ser de gran ayuda para el desarrollo de investigaciones más amplias y exhaustivas en torno a los temas abordados. Su realización permitirá un mayor conocimiento de la formación de los médicos intensivistas brasileños con relación a los aspectos humanizadores del cuidado, así como las actitudes de estos profesionales frente a la muerte. El estudio también pretende describir los facilitadores y las barreras percibidas por estos profesionales para ofrecer cuidados más humanizados al final de la vida. Al identificar posibles vacíos en la formación académica, facilitadores y barreras de la práctica profesional relacionada con los cuidados al final de la vida en UCI, se espera contribuir significativamente al desarrollo de acciones que contribuyan al desarrollo de habilidades y competencias de los médicos intensivistas, ya sea capacitando a los que ya están en servicio o incluyendo temas en el programa de capacitación de los estudiantes.

Además, este proyecto de investigación busca brindar una base sólida para una revisión crítica de los gerentes y para futuras investigaciones que sean necesarias para enriquecer los diferentes niveles de intervención.

8. PRESUPUESTO

El proyecto de investigación se basará íntegramente en formularios electrónicos, enviados y recibidos a través de plataformas gratuitas. Todos los recursos necesarios para ponerlo en marcha no implican en costos materiales o financieros. Las tareas serán ejecutadas por la autora e investigadora principal, utilizando sus propios recursos materiales y del tiempo para realización de la investigación.

9. CRONOGRAMA

FASES	TAREAS	2022				2023				
		Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
I. Aprobación	1. Solicitud y aprobación Comité de Ética en Investigación del Centro Coordinador y del Consejo Nacional de Ética en Investigación									
	2. Solicitud aval científico AMIB									
II. Obtención de datos	3. Difusión de formulario en redes									
	4. Recogida de datos									
III. Análisis de los datos	5. Análisis estadísticos									
	6. Comprobación de hipótesis									
IV. Difusión de resultados	7. Publicaciones en revistas científicas									
	8. Congresos y actividades formativas									

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ariès, P. História da morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias. Edición especial. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 2012.
2. Foucault, M. Microfísica do poder. 25º edición. São Paulo: Ed. Graal; 2012.
3. Berlin, A. Goals of Care and End of Life in the ICU. *Surgical Clinics of North America*. 2017 Dec; 97(6): 1275-1290.
4. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 Jun; 32(2): 135-147.
5. Nin Vaeza N, Martin Delgado MC, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Crit Care Med*. 2020 Mar; 48(3): 385-390.
6. Gómez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*. 2016 Oct-Dec; 27(4): 135-137.
7. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med*. 2007 Jun; 33(6): 1014-1017.
8. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014 Jun 26; 370(26): 2506-14.
9. Soares LGL, Gomes RV, Palma A, Japiassu AM. Quality Indicators of End-of-Life Care Among Privately Insured People With Cancer in Brazil. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020 Aug; 37(8): 594-599.
10. Hartog CS, Reinhart K. Staff and family response to end-of-life care in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018 Apr; 31(2): 195-200.
11. Zante B, Schefold JC. Teaching End-of-Life Communication in Intensive Care Medicine: Review of the Existing Literature and Implications for Future Curricula. *J Intensive Care Med*. 2019 Apr; 34(4): 301-310.
12. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Ed. FMUSP, CFM, 2020.
13. Spilka, B., Stout, L., Minton, B., Sizemore, D. Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1977; 16: 169-178.

14. Barros-Oliveira J, Neto F. Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte, 2004. *Análise Psicológica*, 2 (XXII): 355-367
15. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004 Sep 29; 6(3): 34.

ANEXOS

ANEXO 1. Formulario de consentimiento libre e informado

Humanizar los cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos: la muerte desde la perspectiva del médico

Se le invita a participar en un estudio realizado dentro del Programa de Investigación del Centro Coordinador. Este estudio busca comprender la perspectiva del médico intensivista en relación con la muerte, identificando aspectos de su formación médica y práctica clínica que pueden servir como facilitadores o barreras percibidas para la gestión del cuidado al final de la vida en Unidades de Cuidados Intensivos.

La participación en este estudio es anónima y voluntaria, no requiere aportar datos personales identificativos. Puede negarse a participar o abandonar el estudio en cualquier momento. Si acepta participar en este estudio, responderá algunas preguntas objetivas sobre el tema. El tiempo aproximado para su cumplimentación es de 10 minutos.

Para cualquier consulta o aclaración: joanacessouzadantas@gmail.com
(Joana Cés de Souza Dantas, investigadora responsable)

He leído la información anterior y entiendo el propósito de este estudio. Por la presente doy libremente mi consentimiento para participar en esta investigación.

SI NO

ANEXO 2. Escala *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos, laborales y académicos.

Escala <i>ad hoc</i> para la recogida de datos sociodemográficos, laborales y académicos						
I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES:						
1	GÉNERO	FEMININO	MASCULINO			
2	EDADE	AÑOS				
3	AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN MÉDICA	AÑOS				
4	LA UCI QUE TRABAJAS ES	ADULTA	PEDIÁTRICA	AMBAS		
5	LA UCI QUE TRABAJAS ES EN HOSPITAL	PÚBLICO	PRIVADO	AMBOS		
6	TIEMPO DE TRABAJO EN UCI DURANTE 1 SEMANA	HORAS				
7	SU UNIDAD CUENTA COM UM PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS	SI	NO			
8	SU UNIDAD CUENTA COM UM PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA	SI	NO			
II.DATOS ACADÉMICOS Y FORMATIVOS:						
9	AÑO DE FINALIZACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA					
10	ESCUELA	PÚBLICO	PRIVADO			
11	¿EN QUÉ AÑO RECIBIÓ EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS?					
DURANTE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA USTED TUVO UNA CLASE SOBRE CUALQUIERA DE LOS TEMAS A CONTINUACIÓN:						
12	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	SI	NO			
13	MULTIDISCIPLINARIEDAD E INTERDISCIPLINARIEDAD EN SALUD	SI	NO			
14	ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD	SI	NO			
15	RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIAR	SI	NO			
16	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA	SI	NO			
17	CUIDADOS PALIATIVOS	SI	NO			
18	ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA	SI	NO			
19	ASPECTOS MULTIDIMENSIONALES DEL PROCESO DE MUERTE Y DUELO	SI	NO			
20	AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	SI	NO			
DURANTE LA ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA, TOMÓ CLASES EN ALGUNA DE LAS MATERIAS A CONTINUACIÓN:						
21	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	SI	NO			
22	MULTIDISCIPLINARIEDAD E INTERDISCIPLINARIEDAD EN SALUD	SI	NO			
23	ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD	SI	NO			
24	RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIAR	SI	NO			
25	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA	SI	NO			
26	CUIDADOS PALIATIVOS	SI	NO			
27	ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA	SI	NO			
28	ASPECTOS MULTIDIMENSIONALES DEL PROCESO DE MUERTE Y DUELO	SI	NO			
29	AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	SI	NO			
III.DATOS SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA						
a) LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE MI TRABAJO SUPONEN UNA BARRERA O DIFICULTAD PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA						
30	ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
31	CANTIDAD DE TRABAJO	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
32	RELACIÓN CON COMPAÑEROS	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
33	COMUNICACIÓN CON COMPAÑEROS	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
34	TRABAJO INTERDISCIPLINAR EN LA UNIDAD	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
35	CULTURA ÉTICA DE MI ORGANIZACIÓN	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
36	ASPECTOS LEGALES QUE AFECTAN A MI EJERCICIO PROFESIONAL	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
37	CUIDADOS A LOS PROFESIONALES POR PARTE DE MI ORGANIZACIÓN	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
b) EN LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL						
38	LA RELACIÓN CON EL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
39	LA RELACIÓN CON LA FAMILIA DEL PACIENTE	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
40	EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS EN EL PACIENTE	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
41	EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS EMOCIONALES EN EL PACIENTE	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
42	EL MANEJO DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DEL PACIENTE	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
43	COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
44	TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA CON EL EQUIPO	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
45	INCLUIR AL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIÓN	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
46	INCLUIR A LA FAMILIA EN LA TOMA DE DECISIÓN	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
47	CONCILIAR DECISIONES DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO CON MI ÉTICA PERSONAL	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
48	ELABORAR EL DUELO POR LA MUERTE DE MIS PACIENTES	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
49	VIVIR CON EL DOLOR Y LA PENA DEL PROCESO DE DUELO DE PACIENTES Y FAMILIARES	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4
50	DESCONECTAR DEL TRABAJO Y SITUACIONES VIVIDAS EN MI TIEMPO PERSONAL Y DE OCIO	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	INDIFERENTE	ALGUNA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
		0	1	2	3	4

ANEXO 3. Escala de Perspectivas Sobre la Muerte (*Death Perspective Scale*)

INSTRUCCIONES							
Este cuestionario analiza unas							
Si no está seguro de qué respuesta dar a una pregunta, elija la que le parezca más adecuada.							
Responde todas las preguntas según lo que realmente se ajuste a tu caso y no como te gustaría ser.							
La muerte es:							
1	El último momento de agonía.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
2	El final de un tiempo de aislamiento.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
3	La última miseria.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
4	El destino de caer al costado del camino.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
5	La última angustia y tormento.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
6	Una experiencia de soledad en el momento de la muerte.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
7	Entrada a un lugar de total satisfacción.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
8	Una limpieza y renacimiento de ti mismo	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
9	La resurrección y la recompensa misma.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
10	Unión con Dios y bienaventuranza eterna	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
11	Oportunidad de dejar esta vida a cambio de una mejor	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
12	La puerta de entrada al cielo y la felicidad plena	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
13	No muy importante teniendo en cuenta todo lo demás.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
14	De pocas consecuencias.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
15	Algo a lo que deberíamos ser indiferentes y olvidarnos.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
16	Ni temido ni bienvenido.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
17	Cosa indiferente de una forma o otra.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
18	La mayor de las incertidumbres.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
19	El mayor de los misterios.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
20	El fin de lo conocido y el comienzo de lo desconocido.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
21	Algo para decir 'No sé'.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
22	Un signo de interrogación.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
23	La mayor ambigüedad entre las complejidades de la vida.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
24	Dejar sujetos a las dificultades de la vida a quienes dependen de nosotros.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
25	Abandonar a los que amamos.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
26	Razón para sentirse culpable por no poder seguir ayudando a la familia.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
27	Razón para sentirse culpable.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
28	Deja a la familia a su suerte.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
29	Una oportunidad para demostrar que luchamos por algo en la vida.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
30	Una ocasión para mostrar cómo podemos enfrentar la última prueba de la vida.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
31	Un gran momento de la verdad para si mismo.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
32	Una oportunidad para un gran logro.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
33	Un tiempo para rechazar la humillación o la derrota.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
34	Una prueba de compromiso con los valores de la vida personal.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
35	Un evento que impide la realización del potencial personal.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
36	El fin de nuestras esperanzas.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
37	Fracaso personal en la búsqueda del sentido de la vida.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
38	La destrucción de la última oportunidad para la plena realización.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
39	Derrota en la lucha por tener éxito y alcanzar metas.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
La muerte es:							
40	Una experiencia que llega a todos por el paso natural del tiempo.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
41	El acto final de armonía con la existencia.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
42	Un aspecto natural de la vida.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
43	Parte del ciclo de vida.	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	MUY EN DESACUERDO 2	UN POCO DESACORDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6