



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Necesidad de formación en el desarrollo
de habilidades comunicativas para las
Unidades de Cuidados Paliativos.***

Alumno: Sara Ardura González

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, mayo de 2025

Índice

Glosario de abreviaturas	4
Resumen	5
Abstract.....	5
1. Presentación	6
2. Estado de la cuestión	7
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	7
2.2 La muerte y proceso terminal del paciente y familia.....	8
2.2.1 El duelo.	8
2.2.2 Características proceso terminal del paciente.	9
2.2.3 Familia de paciente terminal.	9
2.3 Unidad de Cuidados Paliativos	10
2.3.1 ¿Qué es una Unidad de Cuidados Paliativos?	10
2.3.2 Equipo profesional.....	11
2.4 Alumnos de enfermería y profesionales de salud.	12
2.4.1 ¿Qué es una enfermera/o?.....	12
2.4.2 Alumnos de enfermería.	12
2.4.3 Emociones de alumnos de enfermería y enfermeras profesionales	13
2.4.4 ¿Qué competencias tiene una enfermera/o?.....	14
2.5 Ansiedad ante la muerte propia y ajena.	16
2.6 Comunicación.....	17
2.6.1 Counseling.....	18
2.6.2 Comunicación al final de la vida.	19
3. Justificación.....	20
4. Proyecto de Investigación: Estudio Observacional.....	22
4.1 Objetivos	22

4.2 Metodología	22
4.2.1 Diseño del estudio:	22
4.2.2 Sujetos de estudio:	23
4.2.3 Variables:	24
4.2.4 Procedimiento de recogida de datos:	26
4.2.5 Fases del estudio, cronograma:	27
4.2.6 Análisis de datos:	29
4.2.7 Aspectos éticos:	30
4.2.8 Limitaciones del estudio:	30
ANEXOS	38
Anexo 1: Hoja informativa para el participante.	39
Anexo 2: Hoja de consentimiento informado para el participante	40
Anexo 3: Cuestionario general sobre datos sociodemográficos	41
Anexo 4: Cuestionario para medir ansiedad ante la muerte (Espinoza Venegas et al.)	42
Anexo 5: Escala Bugen de Afrontamiento de la Muerte-EBAM (de Dios Duarte et al., 2019).....	44
Anexo 6: Cronograma general del proyecto de investigación	46

Glosario de abreviaturas

CP: Cuidados Paliativos.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

EOLD (siglas en inglés): Diálogo al final de la vida.

TFG: Trabajo Fin de Grado

Resumen

Introducción: Este proyecto de investigación se orienta en comprender el impacto en los niveles de ansiedad de los alumnos de enfermería en la comunicación con pacientes terminales, así como la angustia que puede llegar a provocar la muerte tanto propia como la ajena. **Objetivo:** Determinar el grado de afrontamiento ante la muerte en los alumnos de 3º y 4º año del Grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo transversal con unos sujetos de investigación compuestos por los estudiantes de 3º y 4º año del Grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. **Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** Aportar unos resultados descriptivos que puedan ayudar a crear estrategias y programas educativos que preparen a los estudiantes para comunicarse con los pacientes, reduciendo su ansiedad y mejorando la atención asistencial. También permitirá a los estudiantes adquirir herramientas de afrontamiento para poder manejar mejor el contacto con la muerte y el sufrimiento.

Palabras clave: Estudiante de Enfermería, Cuidados Paliativos, Ansiedad, Muerte, Comunicación en Salud.

Abstract

Introduction: This research project is aimed at understanding the impact on anxiety levels in nursing students during communication with terminally ill patients, as well as the emotional distress that may arise from confronting both their own mortality and that of others. **Objectives:** To determinate the degree of coping with death in nursing students of 3rd and 4th year at the San Juan de Dios School of Nursing and Physiotherapy. **Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional study involving research subjects composed of 3rd- and 4th-year Nursing Degree students from the San Juan de Dios School Nursing and Physiotherapy. **Implication for the practice of Nursing:** To provide descriptive results that can help create strategies and educational programs to prepare students for communicating with patients, reducing their anxiety and improving healthcare delivery. It Will be also allow students to acquire coping tolos to better manage contact with death and suffering.

Key words: Nursing Students, Palliative Care, Anxiety, Death, Health Communication.

1. Presentación

Los Cuidados Paliativos (CP) han sido y en ocasiones se siguen relacionando con la muerte, puede que en cierta parte se relacionen con ella, pero fundamentalmente se caracteriza por ser unos cuidados orientados a mejorar la calidad de vida de pacientes, cuya esperanza de vida es corta. A estos cuidados, hay que añadirle la importancia de tener una buena habilidad para la comunicación, tanto de aspectos positivos como los negativos, además de lo beneficioso que puede ser tanto para pacientes y familiares como para los profesionales de salud. Por ello, mi elección de este trabajo se basa en la importancia que tiene que los alumnos de enfermería adquieran una buena formación en comunicación, tanto para pacientes de Cuidados Paliativos como para aquellos que se encuentran en otras unidades.

Mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) pretende resaltar la importancia de una buena habilidad en la comunicación (específicamente en los Cuidados Paliativos), para que la calidad asistencial a los pacientes y familiares sea lo mejor posible. Con el desarrollo de habilidades será más sencillo poder llevar a cabo actuaciones que ayuden a abordar temas más complejos como son las preocupaciones en general o la muerte. Así como para reducir la ansiedad de alumnos en prácticas y de los propios profesionales de salud.

Tras haber hecho una rotación por una Unidad de Cuidados Paliativos, me he dado cuenta de lo esencial que es una buena comunicación con todos los pacientes, pero en especial con aquellas personas que pasan por un proceso terminal de la enfermedad. Por ello, he decidido realizar este trabajo acerca de la comunicación, puesto que será beneficioso para mi futuro como enfermera y para mi desarrollo profesional y personal.

Adquiriendo esta habilidad y, por supuesto, muchas otras, me encantaría poder ayudar a todos los pacientes, especialmente aquellos que pasan por un proceso más complejo, con sus preocupaciones personales, espirituales o culturales, así como el miedo a la muerte y todas las emociones que conlleva.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

El Trabajo de Fin de Grado se centra en el análisis de las intervenciones formativas necesarias para preparar a los alumnos de enfermería en comunicación con pacientes en etapa terminal, evaluando que impacto tiene en los niveles de ansiedad durante sus prácticas en servicios de Cuidados Paliativos. La investigación se orienta especialmente en cómo esta preparación influye en dos tipos de ansiedad: la relacionada con la propia muerte y la muerte ajena. Este análisis busca demostrar como una formación adecuada en habilidades comunicativas puede no solo reducir los niveles de ansiedad de los estudiantes, sino también mejorar su capacidad para ofrecer una atención más empática, individualizada y humanizada a pacientes con procesos terminales y sus familias.

El TFG empieza con una introducción sobre lo que es la muerte y el proceso terminal en pacientes y familiares, seguido de una explicación sobre las unidades de Cuidados Paliativos y el equipo profesional que lo forma, así como explicar que es una enfermera o futura enfermera, y las competencias que deben tener. En función de estos aspectos, se explora la ansiedad que provoca la muerte propia y ajena, y la comunicación en estas situaciones.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo recopilando información a partir de bases como: PubMed, Academic Search Complete, CINAHL complete, E-Journals y Medline Complete. Para ello, se utilizaron los descriptores DeCS y MeSH, empleando también los operadores booleanos “and”, “not” y “or”. Esta búsqueda se realizó a través de plataformas como EBSCO y PubMed. Además, se seleccionó artículos con una antigüedad de 10 años y con acceso al texto completo, sin embargo, se emplearon artículos con una antigüedad mayor siendo aquellos del 2009, 2010, 2011 y 2013. Los descriptores en Ciencias de Salud empleados son los que aparecen a continuación:

Término español	Descriptorios DeCS	Descriptorios MeSH
Estudiante de enfermería	Estudiante de enfermería	Nursing students
Comunicación en salud	Comunicación en salud	Health communication
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos	Palliative care/hospice care
Ansiedad de desempeño	Ansiedad de desempeño	Performance anxiety
Paciente terminal	Paciente terminal	Illness patient
Muerte	Muerte	Death
Ansiedad	Ansiedad	Anxiety

Tabla 1: Terminología empleada para búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

2.2 La muerte y proceso terminal del paciente y familia.

La muerte es un proceso inevitable por el que todo ser humano debe pasar. Tiene una incertidumbre en cuanto al momento y la forma con la que se produce, y la muerte ajena puede provocar situaciones de reflexión sobre la posibilidad de la propia muerte. Aquello que modifica como comprender la muerte son las creencias, actitudes y conductas que la rodean, al igual que los miembros que la practican (Oviedo Soto et al., 2009).

Podemos hacer referencia a la muerte social como aquella donde aun estando vivos no somos eficaces para un grupo social o familiar, o incluso para la propia sociedad a la que pertenecemos (Oviedo Soto et al., 2009).

2.2.1 El duelo.

El duelo es un sentimiento subjetivo que se experimenta tras la pérdida de un ser querido. Así mismo, son reacciones psicosociales y psicológicas que el individuo experimenta ante una pérdida real o subjetiva. Sigmund Freud consideraba que el sufrimiento de una persona durante el duelo era debido al afecto interno que tenía con la persona fallecida. A lo largo de la historia, se han desarrollado varias etapas del duelo según diferentes autores: Linemann describió varias fases para el duelo (problemas somáticos, inquietudes acerca de la imagen del ser querido fallecido, sentimientos de culpa, reacciones de agresividad y pérdida de patrones de conducta). Para Kubler-Ross las etapas por las que pasa un paciente y sus familiares durante el proceso terminal eran 5: negación, enojo o ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, hay que resaltar que no todas las personas pasan por las etapas de la misma manera y el mismo tiempo (Oviedo Soto et al., 2009).

2.2.2 Características proceso terminal del paciente.

(Solís et al., 2012) consideran a un paciente terminal aquel que presenta una enfermedad en estado avanzado, progresivo e irreversible, con numerosos síntomas intensos, diversos y variables, con un pronóstico de vida menor a 6 meses, provocando un profundo impacto emocional no solo en el paciente y familia sino también en los profesionales sanitarios.

Los pacientes con un proceso terminal son conocidos también como pacientes frágiles. Estos son más propensos a experimentar efectos adversos sobre la salud: mayor número de ingresos en los hospitales, caídas, fatiga, dolor, depresión, etcétera; a diferencia del resto de pacientes (Crooms & Gelfman, 2020).

Son pacientes que tienden a tener una mayor angustia emocional, y otras emociones que los profesionales sanitarios deben saber tratar (Crooms & Gelfman, 2020).

2.2.3 Familia de paciente terminal.

La familia tiene un papel muy importante en las tareas de atención emocional y síntomas físicos de pacientes con un proceso terminal, sobre todo de aquellos que deciden pasar los últimos meses de su vida en los hogares (Reblin et al., 2017).

Los profesionales sanitarios deben considerar a la familia como una unidad de atención, puesto que a medida que el paciente se va deteriorando son ellos quienes se encargarán de los cuidados y situaciones más complejas, cuando el profesional no pueda acudir al domicilio (Reblin et al., 2017).

Se debe tener en cuenta que la adaptación a este proceso es complicada, tanto para el paciente como sus familiares, por ello es necesario tener unas buenas habilidades que permitan ayudar a saber gestionar las diferentes emociones por las que pasan estos familiares. Es por ésto, que los profesionales deberán continuar trabajando con ellos tras la muerte del paciente, puesto que la familia puede llegar a experimentar depresión, ansiedad e incluso dolor por el duelo (Freitas et al., 2024).

2.3 Unidad de Cuidados Paliativos

2.3.1 ¿Qué es una Unidad de Cuidados Paliativos?

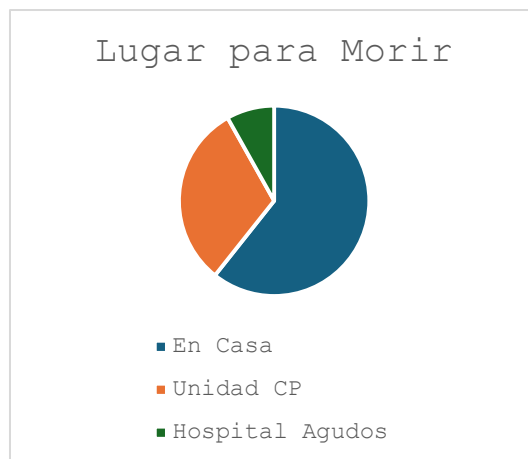
Según la OMS: “Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”. (*Organización Mundial de la Salud. 2020*)

Los Cuidados Paliativos fueron definidos por la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos como “atención holística activa de personas de todas las edades con enfermedades graves y aquellas que se encuentran cerca del final de la vida” (Carrió-Fito & Terrón-Pérez, 2024)

Sin embargo, las definiciones de CP varían en función de cómo y cuándo se aplica esta atención. Aplicarla de forma temprana puede mejorar la calidad de vida de los pacientes en enfermedades como el VIH o tuberculosis resistentes en África subsahariana, donde se prioriza la necesidad frente al pronóstico (Carrió-Fito & Terrón-Pérez, 2024; Radbruch et al., 2020).

Estas unidades permiten al paciente decidir el lugar donde quieren pasar sus últimos días de vida, siendo en muchas ocasiones sus hogares la elección (Oliver et al., 2019).

Un estudio realizado en el Hospital Can Misses de Ibiza (H. C. M.) en el año 2009, analizó que un porcentaje mayor del 50% tenía como deseo morir en casa, mientras que un 25,7% optaba por una Unidad de Cuidados Paliativos y un 6,7% por un hospital de agudos. Esta decisión se veía variada si el paciente vivía solo, en este caso la mayoría de ellos prefería morir en una Unidad de Cuidados Paliativos, o si vivía con algún familiar, en este caso el 75,9% prefería morir en casa (Cortés Pradilla et al., 2011).



Es necesario una educación continua para las enfermeras de Cuidados Paliativos, ya que de esa manera tendrán siempre los recursos necesarios para brindar la mejor atención posible (Parekh de Campos et al., 2022). Una falta de conocimiento puede ocasionar que los cuidados que se presten no sean de calidad, provocando en las enfermeras malestar psicológico (Dimoula et al., 2019; Parekh de Campos et al., 2022). No obstante, esta educación debe llegar a otras especialidades como las UCIs para que puedan integrar los Cuidados Paliativos de manera precoz. Las carreras universitarias también deben impartir una educación sobre estos cuidados para que los estudiantes estén preparados a la hora de salir a la vida laboral (Parekh de Campos et al., 2022).

2.3.2 Equipo profesional.

Los Cuidados Paliativos están integrados por un equipo interprofesional, en donde cabe destacar: el médico oncólogo, de familia o paliativo, la enfermera, trabajador social, psicólogo, etcétera. Son profesionales cuyo objetivo principal es mejorar la calidad y reducir el sufrimiento de pacientes con enfermedades terminales, además de manejar síntomas como son la disnea, estreñimiento, insomnio, náuseas, dolor, depresión, ansiedad y fatiga. Todos ellos, intentan anticipar y prevenir estos síntomas tratándolos antes de que aparezcan. Hay que destacar, que no solamente tratan los problemas físicos de los individuos, sino también aspectos psicosociales, espirituales, legales, culturales y éticos. El equipo de CP debe tener un buen desarrollo en la habilidad de comunicación, pues será un aspecto importante para brindar los cuidados que cada individuo necesita (Teoli et al., 2023).

Los servicios de CP pueden darse tanto en el hogar del paciente o en un centro residencial, como en un entorno hospitalario. Es importante tener presente a los familiares cuando el paciente decide recibir estos cuidados en su casa, pues serán los cuidadores principales y quienes ayudarán al equipo profesional en los cuidados y manejo de los síntomas (Teoli et al., 2023)

Estos profesionales deben tener unos conocimientos adecuados sobre enfermedades complejas y saber cómo manejar una emergencia paliativa. Además, de una buena habilidad en las técnicas de comunicación, pues facilitan la toma de decisiones autónomas.

2.4 Alumnos de enfermería y profesionales de salud.

2.4.1 ¿Qué es una enfermera/o?

Según Carmen Oliver Ferrer (2015) una enfermera tiene como objetivo prestar cuidados a las personas y comunidades, siempre trabajando de manera interdisciplinar con otros profesionales de salud. Deben proteger el bienestar de la persona en todo momento. Cuando nos referimos a velar por los cuidados, no solamente se habla de aspectos físicos, también se deben preocupar por los aspectos psicológicos, sociales, culturales y espirituales en función de las competencias que se tengan.

Además, una enfermera tiene otros objetivos como son: la investigación, la gestión y la docencia, para que de esa manera los cuidados que brindan a las personas y las comunidades estén los más actualizados posibles y sean los mejores (Olivé Ferrer, 2015).

2.4.2 Alumnos de enfermería.

Los alumnos de enfermería serán los futuros profesionales de salud, y se encargarán de velar por los cuidados de los pacientes, además de adquirir otras competencias. Por ello, la impartida en las universidades debe ser efectiva para que posteriormente puedan ponerla en práctica.

Un estudio empleó el Programa CAREol para mejorar la confianza y conocimiento de estos estudiantes con pacientes al final de la vida y sus familias. Constaba de dos partes: una cognitiva y otra experiencial. Por un lado, la parte cognitiva trataba de enseñar ejemplos de “conversaciones difíciles” para que los alumnos se

sintiesen con capacidad para conversar con estos pacientes y familiares. Por otro lado, el componente experiencial consistía en llevar a cabo una simulación donde se representasen escenas “reales”, para que pudiesen observar situaciones que pudiesen darse en sus prácticas clínicas. Tanto para los estudiantes de enfermería como los de medicina estos aprendizajes sobre los cuidados al final de la vida son una forma de ayudarles a adaptarse a situaciones complejas, además, de que les permite crecer como futuros profesionales sanitarios (Hansen & Netzel, 2024).

2.4.3 Emociones de alumnos de enfermería y enfermeras profesionales

Las enfermeras profesionales experimentan una gran cantidad de emociones debido al esfuerzo que conlleva su trabajo, estas también pueden observarse en los alumnos de enfermería (Heng & Shorey, 2023). Sin embargo, es importante saber gestionar estas emociones, ya que puede causar agotamiento, insatisfacción laboral e incluso abandono del trabajo (Jeong et al., 2024).

La angustia moral es un sentimiento que sufren las enfermeras cuando se ven incapaces de afrontar situaciones complejas. Aquellas que sufren un mayor estrés laboral son las que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos, ya que es un entorno de bastante exigencia e incertidumbre (Santos et al., 2018). Jameton fue el primero en definir el sufrimiento moral como “sentimiento doloroso por parte del profesional debido a valores personales o barreras en el entorno o lugar del trabajo”, los sentimientos que acompañan a esta angustia son la ira, culpa, frustración, dolor muscular, insomnio, fatiga, etcétera. Para superar este malestar se requiere abordar diferentes factores como las cargas de trabajo, fomentar un ambiente ético y fortalecer el trabajo en equipo (Santos et al., 2018).

Los estudiantes al tener menos habilidades y experiencias en situaciones difíciles tienen mayor angustia moral, esta angustia puede provocarles además angustia psicológica, agotamiento y efectos físicos como cefalea, insomnio y problemas gastrointestinales. Otra causa que ocasiona esta ansiedad es la falta de recursos para tratar de manera adecuada a los pacientes, una solución para este problema sería que las universidades integrasen la gestión de recursos disponibles (Heng & Shorey, 2023; Santos et al., 2018). En este caso los cuidados al final de la vida son un área que a los estudiantes les causa ansiedad, pavor y angustia emocional (Lewis et al., 2016).

Los estudiantes del ámbito sanitario deben saber gestionar de manera adecuada las propias emociones, tanto las positivas como las negativas, ya que su trabajo consiste en interaccionar con otras personas. Durante las prácticas clínicas, los alumnos pueden experimentar situaciones que les causen dificultad para manejar sus emociones (Weurlander et al., 2018). Además, estas prácticas suelen provocar demasiado estrés en ellos, ocasionando un aprendizaje ineficaz (Wang et al., 2019).

Se realizó un estudio para investigar las situaciones que ocasionaban desafíos emocionales. Como resultado se observó que los alumnos requerían un apoyo adicional para los retos que se daban en las rotaciones hospitalarias. Además, se dieron cuenta que hablar y expresar esas emociones les ayudaba a manejar las situaciones de manera más profesional (Weurlander et al., 2018).

Es importante que tanto los profesores de universidades como los profesionales que enseñan durante las prácticas clínicas ayuden a los estudiantes a manejar estas circunstancias (Weurlander et al., 2018). Para ello, se pueden implementar en los programas de estudio diferentes estrategias como son: simulaciones clínicas, planes que ayuden en el manejo de la ansiedad y permitan optimizar su transición a la práctica clínica (Wang et al., 2019).

2.4.4 ¿Qué competencias tiene una enfermera/o?

Los profesionales de salud deben tener diversas competencias para poder realizar su trabajo de la mejor manera. En este caso, es esencial la empatía para que haya una buena relación terapéutica. Los estudiantes requieren desarrollar estas habilidades de empatía para satisfacer las necesidades de los pacientes (Strekalova et al., 2017). Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos objetivos son distintos a los de una relación psicoterapéutica, puesto que lo que se requiere de una enfermera es que pueda aliviar el sufrimiento, soledad, ofrecer apoyo y una escucha activa (Williams & Stickley, 2010).

Hay tres maneras de transmitir los mensajes, los cuales podemos observar en la Tabla 2 (Strekalova et al., 2017).

Expresivo	Son expresiones directas cuyo objetivo es hacer que paciente o hablante exprese sus sentimientos y/o pensamientos
Convencional	Basado en normas sociales, presenta afirmaciones que pueden esperarse en situaciones generales que integran la empatía, comprensión o apoyo.
Retórico	Son los más complejos, integran la empatía y orientación.

Tabla 2: Maneras de transmitir los mensajes. Elaboración propia a partir de (Strekalova et al., 2017)

Otra competencia que deben tener las enfermeras es la comunicación, sobre todo en pacientes al final de la vida (EOLD, siglas en inglés), ya que ayudan a los usuarios a entender su situación actual de salud, determinar el entorno donde desean estar y otros aspectos (Onishi, 2021).

Un estudio de la formación académica en enfermería en Inglaterra presentó debilidades en la enseñanza de la empatía y la comunicación. Algunas dificultades que se encontraron se debían a que el entorno clínico fuese cada vez más técnico, requiriendo mayor conocimiento de los equipos y habilidades técnicas, y olvidándose de habilidades interpersonales que ayudasen a una buena relación enfermera – paciente. También se veía afectado la relación entre los profesores y alumnos, ya que las tutorías personales se dirigían al logro de resultados en vez de un desarrollo personal (Williams & Stickley, 2010).

Estos profesionales deben tener también capacidad para la organización, las relaciones interpersonales y la obligación de velar por el bienestar de los pacientes. Existen otras competencias que se observan en la Tabla 3 (*Consejo General de Enfermería. 2024*):

Competencias instrumentales	Competencias interpersonales	Competencias sistemáticas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos generales básicos. • Capacidad análisis y síntesis. • Capacidad organizar y planificar. • Comunicación oral y escrita. • Habilidades del manejo del ordenador. • Habilidades de gestión de información. • Resolución de problemas. • Toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facultad juicio clínico y autoevaluación. • Trabajo en equipo. • Habilidades interpersonales. • Capacidad de trabajar en equipo interdisciplinar. • Capacidad de comunicación con expertos de otras áreas. • Compromiso ético. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de aplicar conocimientos en la práctica. • Habilidades de investigación. • Capacidad de aprender. • Adaptarse a situaciones desconocidas. • Creatividad. • Habilidad para trabajar de forma autónoma. • Motivación de logro. • Iniciativa y espíritu innovador.

Tabla 3: Competencias de una enfermera. Elaboración propia a partir (*Consejo General de Enfermería. 2024*)

2.5 Ansiedad ante la muerte propia y ajena.

La muerte es un proceso natural por el que todo ser vivo pasa una vez en la vida. No obstante, no conocer cuando va a ocurrir ni cómo, puede provocar la experimentación de diferentes sentimientos como pueden ser: la ira, miedo, ansiedad o tristeza (Herrera et al., 2021).

La Tanatofobia es el término empleado para referirse a la ansiedad que produce el miedo a morir. Se suele considerar una fobia cuando a la persona le surge cada vez que piensa en la muerte, si dura más de 6 meses o incluso porque pueda paralizar la vida diaria o las relaciones personales (Bethany Cadman, 2021).

Es importante que los profesionales de la salud aborden el tema de la muerte de manera precoz junto con los pacientes y familiares, para que de esa manera sepan gestionar las emociones que puedan sentir (Herrera et al., 2021). Las personas mayores

suelen tener mayor ansiedad a la muerte debido a su cercanía, llevándolos a reflexionar sobre su vida, el análisis de su recorrido personal, las relaciones personales, y agradecimientos de momentos vividos (Herrera et al., 2021). Además, se sienten angustiados por pensar en si ocurrirá de manera dolorosa o no y de no tener más tiempo con sus seres queridos (Walbaum et al., 2024)

La ansiedad por la muerte en este caso ajena puede verse reflejada en los cuidadores o familiares de pacientes con un cáncer avanzado, ya que pueden sentir que su ser querido vaya a morir de manera dolorosa o que el tiempo juntos haya sido corto (Walbaum et al., 2024).

Las enfermeras pueden llegar a tener ansiedad, puesto que la muerte contradice todo su trabajo, provocando que los cuidados que brindan se vean influenciados. Sin embargo, enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Paliativos o UCI consideran que el cuidado a los pacientes moribundos es un crecimiento personal. No obstante, es cierto que enfermeras recién graduadas y con menor experiencia pueden tener mayor ansiedad ante este suceso (Peters et al., 2013). Por ello, es necesario reconocer la importancia de que se eduque sobre la muerte a estudiantes y trabajadores del ámbito sanitario para que la ansiedad por la muerte se vea reducida (Nia et al., 2016).

Existen diferentes tipos de escalas para conocer la intensidad de la ansiedad que produce tanto la muerte propia como la muerte ajena, una de ellas es la Escala de Miedo a la muerte elaborada por Collet-Lester. Fue diseñada para suprimir como bien dice el propio nombre el miedo a la muerte propia y ajena, puesto que éste en profesionales sanitarios o futuros profesionales puede llevar a una evitación de ésta (Espinoza Venegas et al.)

2.6 Comunicación

La comunicación constituye una necesidad fundamental en todos los seres vivos, siendo de gran importancia en el ámbito sanitario. Una comunicación efectiva entre el personal sanitario y paciente influye directamente en los resultados clínicos, así como en su nivel de satisfacción y bienestar. (Martí-Gil et al., 2013).

Es importante que las enfermeras y el resto de los profesionales sanitarios, tengan buenas habilidades de comunicación con el paciente y la familia, lo que generará

una relación de confianza entre enfermero y paciente, sobre todo en Unidades de Cuidados Paliativos, donde los pacientes son quienes deciden en qué lugar prefieren pasar sus últimos días, pudiendo llegar a provocar ansiedad y temor por parte de familiares que se ven a cargo de los cuidados de su ser querido (Oliver et al., 2019).

Los profesionales de estas unidades tienen como misión apoyar y evaluar la angustia del paciente y los familiares. Para ello la comunicación es esencial para que puedan expresar y manejar sus propias emociones (Reblin et al., 2019).

Se realizó un estudio donde se recogían varios niveles de validación en la comunicación con pacientes y familiares en domicilio, los cuales se pueden observar en la Tabla 4 (Oliver et al., 2019):

Nivel 1	Escuchar y comprender lo que paciente y familia quieren decir.
Nivel 2	Reafirmación de sentimientos que el paciente ha expresado.
Nivel 3	Poner voz a lo que paciente o familia no ha dicho específicamente.
Nivel 4	Validación del punto de vista o acciones de la otra persona.
Nivel 5	Normalizar reacciones emocionales de la otra persona.
Nivel 6	Mostrar igualdad en la experiencia de la atención.

Tabla 4: Niveles de validación en la comunicación. Elaboración propia a partir de (Oliver et al., 2019)

2.6.1 Counseling.

La OMS recomienda la metodología del *counseling* para dar apoyo a pacientes con enfermedades graves. Es difícil encontrar una traducción para este término, pero viene a referirse a un “proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayudan a reflexionar a una persona, de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional” (Martí-Gil et al., 2013).

Este concepto puede utilizarse tanto para obtener información del paciente como para proponer planes de actuación. Gerard Egan distingue varias fases: la 1ª sería la exploración del paciente, la 2ª el acompañamiento y comprensión sobre la enfermedad y el tratamiento a seguir y la última fase sería la de acción. Sin embargo, hay que tener en cuenta que es necesario otras habilidades y conocimientos como son la escucha activa, empatía, veracidad y aceptación para que haya una buena relación terapéutica (Martí-Gil et al., 2013).

2.6.2 Comunicación al final de la vida.

El diálogo al final de la vida es importante para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y su círculo más cercano. Disminuyen los ingresos en UCI y prioriza la comodidad y evitación a tratamientos agresivos mediante los documentos de voluntades anticipadas. No obstante, esta comunicación sigue siendo ineficaz (Onishi, 2021).

Es importante que haya una comunicación sobre estos aspectos al final de la vida con los pacientes. Sin embargo, algunos profesionales tienen dificultad para saber el momento donde iniciar esta conversación, esperando a que sea el paciente quien de el paso. Mientras que los pacientes también pueden evitar esta conversación, puesto que llegan a pensar que será el experto quien la inicie. Por ello, el mejor momento para entablar este diálogo es de manera temprana y sistemática, siempre teniendo en cuenta la etapa en la que se encuentra el paciente y su familia durante la enfermedad (Onishi, 2021).

No hay que olvidar que en esta etapa también es importante tener una comunicación con los familiares, puesto que tras la muerte de su ser querido pueden llegar a experimentar dolor por el duelo (Freitas et al., 2024).

3. Justificación.

La muerte es un proceso natural por el que todo ser humano pasa una vez en la vida. La muerte propia y ajena puede provocar en las personas sensaciones de malestar, angustia y ansiedad, solamente por el mero hecho de pensar en ello (Oviedo Soto et al., 2009). Es esencial la existencia de las Unidades de Cuidados Paliativos para aquellos pacientes que están pasando por un proceso terminal, y donde su pronóstico de vida es menor a 6 meses, para que su calidad de vida sea el mejor posible, además, de incrementar la autonomía de estos pacientes en la decisión durante todo el proceso (Carrió-Fito & Terrón-Pérez, 2024; Oliver et al., 2019; Solís et al., 2012).

Estas unidades cuentan con profesionales de salud que se encargarán de llevar a cabo una buena calidad asistencial hacia el paciente y sus allegados (Teoli et al., 2023). Para ello, deben tener desarrollados unas habilidades comunicativas, además de otras como la escucha y empatía, que les serán de ayuda para que la relación terapéutica sea efectiva (Martí-Gil et al., 2013; Oliver et al., 2019; Onishi, 2021; Reblin et al., 2019; Teoli et al., 2023). Sin embargo, dichas habilidades deben ser educadas en las instituciones universitarias, al igual que en las prácticas clínicas, puesto que, aunque muchas de ellas se aprenden con el tiempo, es necesario también transmitir las para que esto no les produzca ansiedad en su trabajo (Wang et al., 2019; Weurlander et al., 2018).

Se realizaron varios estudios que buscaban mejorar la calidad comunicativa por parte de los estudiantes de enfermería, así como mejorar la confianza y los conocimientos. El Programa CAREol consistía en enseñar a los alumnos mediante ejemplos de “conversaciones complejas” con pacientes y familiares, y llevar a cabo simulaciones con situaciones que podían llegar a ocurrir (Hansen & Netzel, 2024). No obstante, el estudio realizado en Inglaterra por (Williams & Stickley, 2010) observó que había cada vez más debilidades en habilidades interpersonales, ya que los entornos hospitalarios son más técnicos, requiriendo mayor conocimiento de habilidades técnicas. Para ello, (Oliver et al., 2019) crearon un estudio sobre los niveles de comunicación existentes, donde cabe destacar que para que la comunicación sea adecuada es necesario que haya escucha, empatía y validación por parte de los profesionales actuales y los futuros.

Por estas razones expuestas, se justifica el desarrollo de un Estudio Observacional para poder observar como la comunicación de los estudiantes en sus prácticas clínicas con pacientes en etapa terminal, les llega a producir un estado de

ansiedad, consiguiendo de esa manera, conocer que aspectos deben mejorarse para que el paciente reciba la mejor atención y que los alumnos no sientan angustia por no saber gestionar situaciones complejas.

4. Proyecto de Investigación: Estudio Observacional.

4.1 Objetivos

Objetivos generales:

- Determinar la capacidad de afrontamiento ante la muerte en los alumnos de 3º y 4º año del Grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Objetivos específicos:

- Examinar como las variables sociodemográficas influyen en el afrontamiento ante la muerte.
- Estudiar las variables sociodemográficas en los niveles de ansiedad que provoca la muerte propia y ajena.
- Estudiar si una formación previa en Cuidados Paliativos minimiza los niveles de ansiedad ante la muerte.

4.2 Metodología

4.2.1 Diseño del estudio:

La metodología empleada para el proyecto ha consistido en realizar un estudio observacional de tipo descriptivo, cuyo propósito, como se ha mencionado previamente es determinar la capacidad de afrontamiento ante la muerte en los alumnos de 3º y 4º año del Grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Asimismo, este estudio descrito con anterioridad realiza la recopilación de datos en un solo momento, por lo que se caracteriza como un estudio de carácter transversal.

Por todo ello, se hace necesario crear un estudio observacional descriptivo de carácter transversal dirigido a la comunidad implicada con el fin de analizar, mediante un adecuado enfoque estadístico, el impacto previamente mencionado a través de las variables correspondientes. La causa por la que se escogió este diseño radica en la escasez de estudios que muestran el afrontamiento ante la muerte de los alumnos de Enfermería.

Este estudio se llevó a cabo en el curso académico de 2024 – 2025 en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios (Ciempozuelos) de la Universidad Pontificia de Comillas. Con la siguiente distribución cronológica de los diferentes apartados que se llevarán a cabo en la fase experimental de este proyecto:

Fase de diseño	Periodo de tiempo
Definición del grupo de estudio seleccionado.	Septiembre – Octubre
Adquisición del consentimiento informado	Noviembre – Diciembre
Recolección de datos	Enero – Marzo
Análisis estadísticos	Abril – Junio

Tabla 5: Planificación del trabajo de investigación. Elaboración propia a partir de “Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería” (Elena Sinobas et al.).

4.2.2 Sujetos de estudio:

Tras haber creado la planificación del programa de estudio, se hace necesario identificar aquellos individuos susceptibles para el análisis, qué nos serán de ayuda para la obtención de la muestra definitiva. Además, detallando las condiciones tanto de inclusión como de exclusión que más adelante quedarán especificadas, de la misma manera que la cantidad de sujetos que participarán en el estudio.

Por lo tanto, se considera como sujetos capacitados para la investigación a los estudiantes de los dos últimos cursos del Grado de Enfermería.

En relación a la población elegible, dicha población estará compuesta por los alumnos de 3º y 4º curso académico del Grado de Enfermería de la Universidad Pontificia de Comillas, con una formación práctica y teórica adecuada.

En relación a los criterios de exclusión, el presente proyecto de investigación no cuenta con ninguno. Sin embargo, los criterios de inclusión para los sujetos del estudio son definidos a continuación:

- Ser mayor de 18 años.
- Estar matriculado en tercero o cuarto de Enfermería en la Universidad Pontificia de Comillas.
- Haber firmado el consentimiento informado.
- Tener conocimientos teóricos y prácticos adecuados.

Respecto a la cantidad de participantes en el estudio, se ha aplicado un método para computar a través de un cálculo considerado de la población elegida, en este caso de los estudiantes de 3º y 4º del grado de Enfermería.

Para realizar dicho tamaño, se tomó en consideración que los individuos que participan en la muestra demuestren, tanto una seguridad y confianza que sea del 95%, además tienen que mostrar una concisión del 3%, y por último, una proporción que sea del 5%, teniendo esta proporción un valor de $p = 0,5$. Con estos datos el tamaño de la muestra pasa a ser de 110 participantes. Sin embargo, este tamaño cambia siendo de 122 sujetos si nos ajustamos a la posibilidad de que haya una proporción esperada del 10% de pérdidas.

4.2.3 Variables:

Según lo citado previamente, el presente estudio tiene como grupo poblacional de interés un solo sujeto. Por ello, las variables que se muestran serán comunes a todos ellos.

En relación con los alumnos matriculados en estos dos anteriores cursos del Grado de Enfermería se incluyen las siguientes variables: sexo, edad, curso académico, ansiedad y afrontamiento ante el fallecimiento de pacientes, enseñanza sobre Cuidados Paliativos, creencias religiosas, experiencia previa profesional en el ámbito sanitario, experiencias previas con la muerte.

La justificación por la que dichas variables se incluyen en el presente estudio se debe a varias razones descritas a continuación. Las variables de sexo, edad, curso académico han sido descritas con el fin de definir el perfil sociodemográfico y poder conocer mejor las características de nuestra población elegida.

En relación a las variables de ansiedad y afrontamiento ante el fallecimiento del paciente, han sido incluidas para verificar si la muerte provoca en estos sujetos niveles de ansiedad altos y su manera de afrontar esta situación, que se presentará mucho en su vida laboral. La variable de creencias religiosas se ha incluido para justificar que, si una persona es creyente a alguna religión, la muerte puede verla de manera diferente a otras.

En cuanto a las variables de experiencias con la muerte o experiencias profesionales previas en el ámbito sanitario, se justifica su inclusión para conocer si haber tenido experiencias previas con la muerte minimiza los niveles de estrés de los estudiantes cuando en sus prácticas clínicas se encuentren con ella, es decir, la muerte. Haber tenido experiencia profesional también puede ser indicativo de que estos sujetos tengan menor nivel de ansiedad y puedan afrontar mejor la muerte de una persona.

En la tabla que encontramos a continuación, se muestra de manera recogida las variables empleadas para el trabajo de investigación, así como una representación de cada variable.

Nombre de la variable	Tipo	Recogida de datos	Categorías posibles
Sexo	Factor Cualitativo Nominal	Formulario	Hombre/Mujer
Edad	Factor Cualitativo Ordinal	Formulario	Años
Curso académico	Factor Cualitativo Ordinal	Formulario	3º - 4º
Enseñanza sobre Cuidados Paliativos	Factor Cualitativo Nominal	Formulario	Sí/No
Experiencia previa profesional en sanidad	Factor Cualitativo Nominal	Formulario	Sí/No
Experiencia previa con la muerte	Factor Cualitativo Nominal	Formulario	Sí/No
Perspectivas religiosas	Factor Cualitativo Nominal	Formulario	Sí/No
Ansiedad ante la muerte	Factor Cuantitativo Discreto	Cuestionario Collet-Templer con respuestas tipo Likert	
Afrontamiento ante la muerte	Factor Cuantitativo Discreto	Escala de Bugen con respuestas tipo Likert	

4.2.4 Procedimiento de recogida de datos:

Tras haber definido las variables que se emplearán en el proyecto de investigación, a continuación se especificarán las herramientas utilizadas para la obtención de los indicadores de cada variable.

Lo primero de todo, hay que aclarar que las variables serán recogidas utilizando como herramienta un formulario. Cabe destacar, que las variables de ansiedad y afrontamiento ante el fallecimiento de una persona se recogerán a través de un cuestionario específico respectivamente. La Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL) se empleará para conocer como la muerte propia y la muerte de otros provoca en la persona una angustia. En cambio, la Escala de Bugen de Afrontamiento ante la Muerte servirá para conocer como los estudiantes de enfermería afrontan la muerte.

Se justifica el empleo de un cuestionario para la obtención de información por la siguiente causa que se adjunta más adelante. Con respecto al método de recolección de información mediante formularios, se elige este método con el propósito de elaborar un formulario concreto destinado a los estudiantes con la mayor rigurosidad posible, que nos garantice obtener los datos de manera concreta y precisa y minimice posibles errores en el proceso de obtención de información. A su vez, dichos cuestionarios se proporcionarán por los correos electrónicos de la universidad de aquellos estudiantes interesados en participar en el proyecto de investigación.

Inicialmente, durante los primeros meses del proyecto se llevará a cabo la especificación del prototipo de los individuos susceptibles al estudio, conforme a lo señalado anteriormente en la tabla cronológica del proyecto de investigación. Una vez determinado la muestra del estudio, los investigadores deberán pedir los permisos correspondientes y convenientes en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de San Juan de Dios, el lugar previsto para desarrollar la investigación. Tras obtener y haber sido aprobados los permisos imprescindibles, se realizará una charla en las distintas clases de ambos cursos para que los investigadores puedan presentarse, explicar la finalidad del proyecto, los elementos a tratar y su implicación en el estudio a través de un documento informativo (Anexo 1). Además, de permitir que los estudiantes planteen aquellas preguntas que consideren oportunas. Tras finalizar la explicación y resolver las dudas de los estudiantes, se entregará a todos un consentimiento informado (Anexo 2)

para que quienes estén interesados la rellenen y la entreguen en la secretaría de la Escuela, dando margen de un plazo 10 días. Este consentimiento servirá para que la recogida de datos se haga con el mayor rigor posible y evitando cometer errores.

En segundo lugar, una vez que se tengan en posesión todos los consentimientos de aquellos estudiantes que quieren participar, se enviará por correo electrónico el cuestionario general (Anexo 3) dejando un margen de enero a marzo, como se indica en la tabla cronológica. Una vez se envíe el cuestionario general automáticamente se enviará a los participantes los cuestionarios restantes, en este caso el de ansiedad ante la muerte y afrontamiento ante la muerte (Anexo 4 y 5).

Por último, después de recibir todos los cuestionarios cumplimentados, durante los meses de abril a junio se llevará a cabo el análisis estadístico. Para que todo ello funcione correctamente los investigadores contarán con un gráfico que les servirá de guía para conocer lo que se debe realizar de manera cronológica (Anexo 6).

4.2.5 Fases del estudio, cronograma:

El estudio actual se encuentra compuesto por diferentes etapas las cuales abarcan desde la formulación de la pregunta de investigación hasta la difusión de los resultados. Estas etapas, de manera cronológica, son: fase de desarrollo de conceptos, estrategia de trabajo, observación de los datos y difusión de los resultados.

Al inicio de la etapa de desarrollo de conceptos, cabe destacar que lo más relevante fue identificar el problema de investigación, siendo éste la preparación en comunicación con pacientes terminales en los niveles de ansiedad de los alumnos de Enfermería. Una vez formulado la pregunta de investigación, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica en varios idiomas y en diferentes soportes de información, empleando vocabulario de DeCS y MeSH. A su vez, se consultaron otras fuentes como el Consejo General de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud.

Tras finalizar la revisión bibliográfica, se comenzó a realizar el razonamiento del tema seleccionado, tomando como soporte la pregunta de investigación y la información recopilada a través de la búsqueda bibliográfica. Además, se incluyó la justificación de elección del presente proyecto de investigación observacional.

Con respecto a la duración total de la etapa de desarrollo de conceptos, se necesitó un plazo de 5 meses para completarla. Acto seguido, se muestra una tabla con los diferentes apartados que comprende esta fase con su duración (Tabla 6):

Fase de desarrollo de conceptos	Periodo de realización
Determinación de la pregunta de investigación	Septiembre (1 mes)
Revisión bibliográfica	Octubre – Noviembre (2 meses)
Realización del estado de la cuestión	Diciembre – Febrero (3 meses)
Fase conceptual total	Septiembre – Febrero

Tabla 6: Tabla de planificación temporal y apartados de la fase de desarrollo de conceptos.

Gracias a la tabla anterior, se pudo describir varios objetivos que tiene la fase conceptual, siendo éstos los siguientes:

- Identificación del problema de investigación a analizar.
- Elaboración de una búsqueda bibliográfica amplia.
- Ampliación de las diferentes partes que componen el estado de la cuestión, incluyendo todos los contenidos científicos recopilados.
- Elaboración de los motivos por los que se ha creado el presente estudio, así como su finalidad.

Una vez finalizada la etapa de desarrollo de conceptos, se continuo con la realización de la segunda fase, la cual corresponde a la estrategia de trabajo. En esta parte del proceso, lo primero que se hizo fue el diseño de la metodología a implementar, siendo éste un proyecto de investigación de estudio observacional. De la misma manera que en la fase previa, se observaron los apartados que comprendía la etapa de estrategia de trabajo y se hizo una estimación del tiempo necesario, siendo un periodo total de 15 días.

En la fase metodológica se describieron los objetivos, al igual que se hizo con la fase anterior, los cuales son los siguientes:

- Elección de la metodología que se realizará en el presente estudio.
- Ampliación de las diferentes partes que conforman la metodología elegida.
- Estimación del periodo de duración que tendrá la fase experimental.

Una vez finalizadas las dos primeras fases, se dio inicio a la fase de observación de datos. Esta etapa tuvo como objetivo la implementación de la estrategia de trabajo creada en la fase descrita con anterioridad, cuyo periodo estimado se muestra en la tabla número 4 (Tabla 4).

Para finalizar, la fase de publicación o difusión de los resultados es aquella con la que se concluye el proyecto de investigación. Esta fase se realiza en los meses posteriores a la conclusión de la fase de observación de datos. Como en las fases anteriores, sus propósitos consisten en los siguientes:

- Difundir a la sociedad científica los hallazgos y descubrimientos obtenidos en el estudio.
- Poder conocer maneras para mejorar la comunicación y poder minimizar los niveles de ansiedad en estudiantes.
- Difusión del de la investigación propuesta y sus conclusiones en diferentes espacios.

4.2.6 Análisis de datos:

Justo después de obtener y recopilar toda la información, continuando con la organización previamente descrita, se analizarán en un soporte de información, empleando como programa estadístico SPSS 29.0® para sistemas operativos de Windows.

Es importante resaltar que en el presente estudio existen diferentes tipos de variables unas cualitativas y otras cuantitativas. Con el propósito de conocer la relación existente entre las variables cualitativas se empleará el test Chi-cuadrado, realizando previamente las tablas de contingencias necesarias.

En cambio, para las dos variables cuantitativas que tiene el presente estudio, se llevarán a cabo mediante la prueba *T student* para dos muestras que son independientes.

4.2.7 Aspectos éticos:

El presente proyecto de investigación sobre la preparación en comunicación con pacientes terminales en los niveles de ansiedad de los alumnos de Enfermería será aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios de la Universidad Pontificia de Comillas.

Tal y como se ha mostrado anteriormente, el consentimiento informado se entregará a todos los estudiantes de ambos cursos una vez dada toda la información sobre el proyecto que se llevará a cabo durante el curso académico, así como resolver las dudas que tengan sobre el estudio. No será necesario que todos los estudiantes firmen el consentimiento, solo aquellos que de verdad quieran participar y se comprometan a hacerlo, por lo que será de manera voluntaria, aquellos que no hayan firmado dicho consentimiento se considerará su negación a la participación en el estudio.

Cabe destacar, que dicho proyecto de investigación no llevará riesgos para los propios participantes, puesto que no se realizará ninguna técnica o procedimiento invasivo que comprometa la salud.

Así como, se especifica en la hoja de consentimiento informado respecto a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales, se garantiza la confidencialidad de los datos de los participantes. De esta manera, la recogida de datos será de manera anónima, por lo que no se podrá establecer relación entre los datos obtenidos con los alumnos que participaban.

4.2.8 Limitaciones del estudio:

En cuanto a las limitaciones del estudio, podemos observar que hay tanto limitaciones internas como externas.

En relación a las limitaciones externas, una de ellas es el tamaño de la muestra de estudio, pues al realizarlo en un solo Grado de Enfermería y una universidad específica, reduce considerablemente el número de sujetos participantes.

En cuanto a las limitaciones internas, podemos encontrar una limitación de tiempo, pudiendo producirse cambios en las reacciones emocionales de los estudiantes frente al fallecimiento de una persona.

4. Bibliografía

Bethany Cadman. (2021, marzo 10). *Tanatofobia*. *Medical News Today*.

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/tanatofobia>

Carrió-Fito, J., & Terrón-Pérez, M. (2024). Knowledge and training among nursing students regarding the conspiracy of silence in palliative care: A participatory action research. *Nurse Education in Practice*, 79, N.PAG–N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104086>

Consejo General de Enfermería. (2024, marzo). *Perfil del profesional*.

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/primer-ciclo/perfil-del-profesional>

Cortés Pradilla, H., Correa Ospina, O. L., & Alonso-Babarro, A. (2011).

Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores de la isla mediterránea de Ibiza. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 39(2), 174–188. <https://doi.org/10.5554/rca.v39i2.90>

Crooms, R. C., & Gelfman, L. P. (2020). Palliative Care and End-of-Life

Considerations for the Frail Patient. *Anesthesia and Analgesia*, 130(6), 1504–1515. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004763>

de Dios Duarte, M. J., Varela Montero, I., de Dios Duarte, M. J., & Varela

Montero, I. (2019). Afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Educación Médica Superior*, 33(1)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Dimoula, M., Kotronoulas, G., Katsaragakis, S., Christou, M., Sgourou, S., & Patiraki, E. (2019). Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, *74*, 7–14.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.025>

Sinobas, P. E. (Coord.). (2011). *Manual de investigación cuantitativa para enfermería*. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y

Atención Primaria (FAECAP). [https://semap.org/wp](https://semap.org/wp-content/uploads/2015/12/23)

[content/uploads/2015/12/23](https://semap.org/wp-content/uploads/2015/12/23)

[manual de investigaci n cuantitativa para enfermer a-1.pdf](https://semap.org/wp-content/uploads/2015/12/23)

Espinoza Venegas, M., Sanhueza Alvarado, O., & Barriga, O. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. [https://chrome-](https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rlae/a/RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es)

[extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rlae/a/](https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rlae/a/RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es)

[RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es](https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rlae/a/RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es)

Freitas, M. J., Remondes-Costa, S., Veiga, E., Macedo, G., Teixeira, R. J., & Leite, M. (2024). Life beyond Loss: A Retrospective Analysis of the Impact of Meaning of Life Therapy on the Grieving Process of Cancer Patients' Family Caregivers. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *12*(4), 471.

<https://doi.org/10.3390/healthcare12040471>

Hansen, D. M., & Netzel, J. (2024). Effective use of role-modeling videos for end-of-life education. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the*

American Association of Colleges of Nursing, 54, 106–112.

<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.06.015>

Heng, T. J. T., & Shorey, S. (2023). Experiences of moral distress in nursing students - A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, 129,

<https://doi.org/105912.10.1016/j.nedt.2023.105912>

Herrera, I. M., Medina, I. A., Carrillo, A. L., & Montelongo, D. B. (2021).

ABORDAJE DE ENFERMERÍA SOBRE EL MIEDO Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN PERSONAS ADULTAS MAYORES. *Health & Addictions / Salud Y Drogas*, 21(1), 159–170. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.544>

Jeong, S., Knackstedt, A., Linebarger, J. S., & Carter, B. S. (2024). Moral

Distress and Pediatric Palliative Care. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(7), 751. <https://doi.org/10.3390/children11070751>

Lewis, C., Reid, J., McLernon, Z., Ingham, R., & Traynor, M. (2016). The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision. *BMC Palliative Care*,

15, 67. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0143-2>

Martí-Gil, C., Barreda-Hernández, D., Marcos-Pérez, G., & Barreira-Hernández,

D. (2013). [Counseling: a tool for enhancing the communication with the patient]. *Farmacia Hospitalaria: Organo Oficial De Expresion Cientifica De La Sociedad Espanola De Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 236–239.

<https://doi.org/10.7399/FH.2013.37.3.559>

Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 2–10.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26793726/>

Olivé Ferrer, C. (2015). Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. *Salus*, 19(3), 20–26.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1316-71382015000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Oliver, D. P., Tappana, J., Washington, K. T., Rolbiecki, A., Craig, K., Demiris, G., Schafer, C., Winjobi, M., Clayton, M. F., Reblin, M., & Ellington, L. (2019). Behind the doors of home hospice patients: A secondary qualitative analysis of hospice nurse communication with patients and families.

Palliative & Supportive Care, 17(5), 579–583.

<https://doi.org/10.1017/S1478951518001098>

Onishi, H. (2021). Communication at the End of Life. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(3), 135–143.

<https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.135>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 20 de agosto). *Cuidados Paliativos*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, (15), 0–0.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412009000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Parekh de Campos, A., Levoy, K., Pandey, S., Wisniewski, R., DiMauro, P., Ferrell, B. R., & Rosa, W. E. (2022). Integrating Palliative Care into Nursing Care. *The American Journal of Nursing*, 122(11), 40–45.

<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d>

Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Reblin, M., Baucom, B. R. W., Clayton, M. F., Utz, R., Caserta, M., Lund, D., Mooney, K., & Ellington, L. (2019). Communication of emotion in home hospice cancer care: Implications for spouse caregiver depression into bereavement. *Psycho-Oncology*, 28(5), 1102–1109.

<https://doi.org/10.1002/pon.5064>

Reblin, M., Clayton, M. F., Xu, J., Hulett, J. M., Latimer, S., Donaldson, G. W., & Ellington, L. (2017). Caregiver, patient, and nurse visit communication

patterns in cancer home hospice. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2285–2293.

<https://doi.org/10.1002/pon.4361>

Santos, R. P. D., Garros, D., & Carnevale, F. (2018). Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 30(2), 226–232.

<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180039>

Solís, B., Sánchez, B., & López, H. M. (2012). Elementos teóricos sobre los cuidados paliativos y el concepto de paciente terminal. *Archivos En Medicina Familiar*, 14(1), 1–3.

Strekalova, Y. A., Krieger, J. L., Kleinheksel, A. J., & Kotranza, A. (2017). Empathic Communication in Virtual Education for Nursing Students: I'm Sorry to Hear That. *Nurse Educator*, 42(1), 18–22.

<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000308>

Teoli, D., Schoo, C., & Kalish, V. B. (2023). Palliative Care. *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

<https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/12243>

Walbaum, C., Philipp, R., Bokemeyer, C., Härter, M., Junghans, J., Koch, U., Oechsle, K., Schilling, G., & Vehling, S. (2024). Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(6), 622–631.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.08.027>

Wang, A. H., Lee, C. T., & Espin, S. (2019). Undergraduate nursing students' experiences of anxiety-producing situations in clinical practicums: A descriptive survey study. *Nurse Education Today*, 76(1), 103–108.
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=11&sid=8f794c34-a8f7-4396-9772-e276e3e7f10f%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZhdXRodHlwZT1zaGliJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=49251376&db=eah>
[h](#)

Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Broberger, E., Hult, H., & Wernerson, A. (2018). How do medical and nursing students experience emotional challenges during clinical placements? *International Journal of Medical Education*, 9, 74–82. <https://doi.org/10.5116/ijme.5a88.1f80>

Williams, J., & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8), 752–755.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>

ANEXOS

Anexo 1: Hoja informativa para el participante.

Título del estudio:

Investigador principal:

Institución:

Contacto:

Como se ha explicado anteriormente, el objetivo del presente estudio es conocer como la preparación en la comunicación con pacientes terminales afecta a los niveles de ansiedad de los estudiantes del Grado de Enfermería. Por ello, esta hoja tiene como fin explicar en qué consiste la investigación, qué implicaciones tiene su participación y cuáles son sus derechos como participante.

El presente estudio consiste en conocer como si diferentes variables ayudan o minimizan los niveles de ansiedad en los estudiantes cuando tiene que tratar en primera persona con la muerte. Dicho estudio tiene una duración total de un año académico, sin embargo, se requerirá de su participación durante los meses de enero a marzo.

Cabe resaltar que su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte a sus notas académicas.

Si decide participar, debe ser consciente que se le solicitará que responda a varios cuestionarios realizados por los investigadores, y como se ha mencionado anteriormente su participación solamente durará 3 meses (enero - marzo).

Cabe destacar que dicho estudio no presenta ningún riesgo que pueda comprometer su salud física, psicológica o de otro tipo. Solamente será beneficioso pues contribuirá a fomentar la comunicación con pacientes terminales para que los alumnos no se sientan angustiados a la hora de mantener una conversación con ellos.

Para finalizar, debe saber que la información será recogida de manera confidencial y se almacenará en un entorno seguro. Sus datos serán empelados exclusivamente para fines de investigación y solo serán accesibles para el equipo de investigación. En caso de que se publique este proyecto, resaltar que su identidad no será revelada.

Anexo 2: Hoja de consentimiento informado para el participante

Por todo ello y con lo anteriormente descrito, usted tiene derecho a:

- Retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin tener ninguna represalia por ello.
- Hacer preguntas sobre el estudio y dudas surgidas antes, durante y después de su participación.

Yo (Nombre y apellido) a fecha (Día, mes y año) he leído y comprendido la información proporcionada. Se me ha permitido hacer preguntas y se han respondido satisfactoriamente a todas ellas. Por ello, doy mi consentimiento informado en este proyecto de investigación titulado “Necesidad de formación en el desarrollo de habilidades comunicativas para las Unidades de Cuidados Paliativos”.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Anexo 3: Cuestionario general sobre datos sociodemográficos

- 1) Edad: _____ años

- 2) Sexo:
 - 2.1 Hombre
 - 2.2 Mujer

- 3) Curso académico:
 - 3.1 Tercero
 - 3.2 Cuarto

- 4) ¿Practicante de alguna religión?
 - 4.1 Sí
 - 4.2 No

- 5) ¿Formación de Cuidados Paliativos en el Grado de Enfermería?
 - 5.1 Sí
 - 5.2 No

- 6) ¿Experiencia previa como profesional en el ámbito sanitario?
 - 6.1 Sí
 - 6.2 No

- 7) Con resto a la pregunta anterior, ¿Dónde ha trabajado previamente?

- 8) Experiencia previa con la muerte
 - 8.1 Sí
 - 8.2 No

- 9) Respecto a la pregunta anterior, ¿qué cercanía tenía con esa persona?

Anexo 4: Cuestionario para medir ansiedad ante la muerte (Espinoza Venegas et al.)

El objetivo de este cuestionario es conocer el miedo o ansiedad que puede provocar en una persona la muerte propia o la muerte de otros.

Este cuestionario consta de un total de 28 preguntas divididas en 4 subescalas. Dichas preguntas deberás responderlas según los números indicados a su derecha (cinco números en total), donde 1 es considerado “nada” y 5 considerado “mucho”. Usted marcará el número que mejor se ajuste a su inquietud respecto a cada pregunta.

SUBESCALA 1:

¿Qué grado ansiedad o inquietud tienes sobre tu propia muerte?	NADA				MUCHO
	1	2	3	4	5
1. Morir solo.					
2. La vida breve.					
3. Todas las cosas que perderás.					
4. Morir joven.					
5. Cómo será estar muerto					
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más					
7. La desintegración del cuerpo después de morir					

Tabla 7: plantilla de la Escala para medir la ansiedad ante la muerte. Elaboración propia a partir de (Espinoza Venegas et al.)

SUBESCALA 2:

¿Qué grado ansiedad o inquietud tienes con el proceso de morir propio ?	NADA				MUCHO
	1	2	3	4	5
8. Degeneración física que supone el proceso de morir.					
9. El dolor que comporta el proceso de morir.					
10. Degeneración mental del envejecimiento.					
11. Perdidas de facultades durante el proceso de morir.					
12. Incertidumbre sobre la valentía en el proceso de morir.					
13. Falta de control sobre el proceso de morir.					
14. Posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares.					

Tabla 8: plantilla de la Escala para medir la ansiedad ante la muerte. Elaboración propia a partir de (Espinoza Venegas et al.).

SUBESCALA 3:

¿Qué grado ansiedad o inquietud tienes sobre la muerte de otros?	NADA				MUCHO
	1	2	3	4	5
15. Pérdida de una persona querida.					
16. Tener que ver su cadáver.					
17. No poder comunicarte nunca más con ella.					
18. Lamentar no haberse llevado mejor con ella.					
19. Envejecer solo sin la persona querida.					
20. Sentirse culpable por el alivio provocado.					
21. Sentirse solo/a sin ella.					

Tabla 9: plantilla de la Escala para medir la ansiedad ante la muerte. Elaboración propia a partir de (Espinoza Venegas et al.)

SUBESCALA 4:

¿Qué grado ansiedad o inquietud tienes con el proceso de morir de otros?	NADA				MUCHO
	1	2	3	4	5
22. Tener que estar con alguien que está muriendo.					
23. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo					
24. Ver como sufre de dolor.					
25. Observar la degeneración física de su cuerpo.					
26. No saber cómo administrar tu dolor ante la pérdida de una persona querida.					
27. Asistir al deterioro de sus facultades mentales.					
28. Ser consciente que algún día vivirás esta experiencia.					

Tabla 10: plantilla de la Escala para medir la ansiedad ante la muerte. Elaboración propia a partir de (Espinoza Venegas et al.)

Anexo 5: Escala Bugen de Afrontamiento de la Muerte-EBAM (de Dios Duarte et al., 2019)

Este cuestionario consta de 30 preguntas en total, las cuales deberá de indicar del 1 al 5, como de acuerdo o desacuerdo está con ellas.

- 1: “totalmente de acuerdo”.
- 2: “de acuerdo”.
- 3: “no sabe no contesta”.
- 4: “desacuerdo”.
- 5: “totalmente en desacuerdo”.

	1	2	3	4	5
1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo					
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.					
3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.					
4. Estoy enterado de los servicios que ofrece la funeraria.					
5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.					
6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.					
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.					
8. Me siento preparado para afrontar mi muerte.					
9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.					
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.					
11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.					
12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.					
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.					
14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.					
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.					
16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.					
17. Me importa más la calidad de vida que su duración.					
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.					

19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.					
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.					
21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí					
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.					
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.					
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.					
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.					
26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.					
27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.					
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.					
29. Me puedo comunicar con los moribundos.					
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.					

Tabla 11: Escala Bugen de Afrontamiento de la Muerte-EBAM. Elaboración propia a partir de (de Dios Duarte et al., 2019).

Anexo 6: Cronograma general del proyecto de investigación

