



Universitat de Lleida

## Afrontament de la mort i del morir dels estudiants de Medicina de la Universitat de Lleida

Anna Maria Agustí Farreny

<http://hdl.handle.net/10803/386408>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**Tesi Doctoral**

# **AFRONTAMENT DE LA MORT I DEL MORIR**

## **DELS ESTUDIANTS DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT DE LLEIDA**



**Anna Maria Agustí i Farreny**

**Directors:**

**Dr. Joan Viñas i Salas**  
**Dra. Montserrat Esquerda i Aresté**

Lleida, desembre de 2015



**Universitat de Lleida**  
Departament de Cirurgia



AFRONTAMENT DE LA MORT I DEL MORIR DELS ESTUDIANTS DE  
MEDICINA DE LA UNIVERSITAT DE LLEIDA

Doctoranda: Anna Maria Agustí i Farreny

Departament de Cirurgia

Universitat de Lleida

Octubre de 2015

Directors: Dr. Joan Viñas i Salas i Dra. Montserrat Esquerda i Aresté

Tutora: Dra. Maria Nabal Vicuña



El Dr. Joan Viñas Salas i la Dra. Montse Esquerda Aresté, directors de la tesi doctoral elaborada per la llicenciada Anna Ma Agustí Farreny, amb el títol "AFRONTAMENT DE LA MORT I DEL MORIR DELS ESTUDIANTS DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT DE LLEIDA", inscrita al Departament de Cirurgia, a la Universitat de Lleida,

Fem constar:

Que el treball reuneix els requisits necessaris per a entrar en dipòsit i les condicions per a ser defensat davant del tribunal corresponent a efectes d'optar al títol de doctor.

I perquè així consti, signem aquest document

Lleida, a 14 d'octubre de 2015.

Dr. Joan Viñas

Dra. Montse Esquerda



Respiro, visc,  
faig un pacte amb la vida  
cada cop que respiro,  
    visc,  
pateixo si no respiro,  
respiro i no deixo de patir.

Respiro, desitjo,  
m'omple d'aire,  
i en cada desig em buido,  
    visc,  
en tu tot jo desitjo,  
viure abraçat a tu és quan respiro.

Abraço, canto  
pentagrama de llàgrimes,  
    aspiro,  
prego i mentre canto  
    ploro.

Abraço,  
    canto,  
em prosterno amb els ossos  
i amb la carn t'adorno,  
    visc,  
canto amb la carn  
i amb el cos celebro,  
prego, i perquè prego,  
    respiro.

Marc Vilarassau





(...) vam aprendre que el passat no es destrueix  
i si el coneixem i el recordem  
es converteix en el terreny  
on tot el que plantem  
concita la presència de muntanyes i platges,  
flors i arbres  
que van conformant el nostre paisatge.  
Sense passat,  
no tenim paisatge  
i vivim voltats del no-res.

Rosa Regàs  
Entre el seny i la rauxa  
Ara llibres, sccl., Barcelona, 2014, pag. 36



Un agraïment profund al Dr. Joan Viñas i una gratitud immensa per haver-lo trobat en el meu caminar per la vida.

A la Montse Esquerda una declaració d'estima extrema. La vida em va introduir en la vivència del dol. La Montse m'ha fet gaudir de la vida a través d'ajudar les persones en dol.

Maria Nabal, gràcies per ser-hi, per l'ajuda i per l'exemple de vida.

A l'Esther Amorós, companya de trifulgues i amiga.

Gràcies als estudiants de Medicina que han esmerçat temps seu en aquesta recerca.

Gràcies a totes les persones que formen Grups d'Acompanyament al Dol de Lleida. Hem iniciat, caminat, crescut, compartit un senderó important que ens ha ajudat a obrir-nos encara més als altres i a la vida. Gràcies a totes aquelles persones que han trucat la porta amb llàgrimes als ulls, han obert els seus cors sense recança i han marxat amb la rialla als llavis.

Gràcies Miquel, Anji, Conxita, Francesc, Ramón, Julián, Adolf, Montse, Alfons, Lina... i gràcies a totes aquelles persones que donen el seu temps per acompanyar l'altre en el seu plor.

Gràcies a l'Especialista Universitari en Acompanyament al Dol, als professors i als alumnes.

Gràcies Conchita, Lola, Sílvia, Dolors, per ser-hi.

Gràcies a tota la meva família, als que hi són per acompanyar-me tant i en tants especials moments i als que hi són d'una altra manera. De tots n'he après.

Gràcies Alfred per gaudir del saber, de l'aprendre i de l'ensenyar i per les teves correccions.

Gràcies Alexandre i David, regal immens de la vida. Gràcies per l'estima, per l'entrega, per l'ajuda, per la paciència, per ser-hi. I gràcies per la vida que m'heu aportat amb l'Esther i la Marta amb els vostres fills: Pau, Ares, Marc, Arnau, Berta i Quim.

Gràcies a la vida per ensenyar-me a viure el regal de la vida.



# *Índex*



# Índex general

Índex general	i
Índex de taules	ix
Índex de figures	xxi
Resum	xxix
Resumen	xxxix
Summary	xxxiii
1 Introducció	1
2 Marc teòric	7
2.1 Afrontament de la mort i del dol a través dels grans pensadors occidentals	7
2.2 Acarament de la Mort i del Morir en la nostra societat	13
2.3 Les finalitats de la Medicina	21
2.3.1 Cures Pal·liatives: definició, origen i desenvolupament	28
2.4 La formació dels Estudiants de Medicina. Competències	33
2.4.1 La Bioètica	45
2.5 Els Estudiants de Medicina enfront del Patiment i de la Mort	54
2.5.1 Estudiants de Medicina i actituds cap a la Mort	56
2.5.1.1 Actituds cap a la Mort mesurades amb l'escala Collett-Lester	59
2.5.1.2 Actituds vers la mort d'un pacient	62
2.5.1.3 Pla d'Estudis i treball d'actituds, personal i emocional	67
2.5.1.4 Les actituds i el Currículum ocult	74
2.5.1.5 Actituds cap al morir i Personalitat	76
2.5.1.6 Valoració dels canvis d'actituds cap a la Mort i el Morir	81
2.5.1.7 Els estudiants de Medicina / professionals de la salut i el dol	85
2.5.1.8 Espiritualitat, religió, ètica	89
2.5.1.9 Estudiants de Medicina i altres variables	98
2.5.1.10 Infermeria i actituds cap a la Mort	99
3 Justificació de l'estudi	105
4 Hipòtesis	111



5	Objectius	115
5.1	Objectiu general	115
5.2	Objectius específics	115
6	Metodologia	119
6.1	Descripció de l'estudi	119
6.1.1	Escala Revisada Collett-Lester de por a la Mort i al Procés de Morir	120
6.1.2	Escala d'Afrontament a la Mort	122
6.1.3	Escala de Competències Percebudes	123
6.1.4	Recollida d'informació	124
6.2	Subjectes i mostreig	125
6.2.1	Criteris d'inclusió	126
6.2.2	Criteris d'exclusió	127
6.2.3	Aspectes ètics	127
6.3	Tractament estadístic	127
6.3.1	Anàlisi descriptiva	128
6.3.2	Anàlisi comparativa	128
6.4	Descripció de la mostra	129
6.4.1	Antecedents sociopsicobiogràfics	129
6.4.2	Gènere	130
6.4.3	Edat	131
6.4.4	Curs	132
6.4.5	Any enquesta	132
6.4.6	Residència familiar	133
6.4.7	Convivència	134
6.4.8	Dependència econòmica	135
6.4.9	Beca Ministeri	135
6.4.10	Vacances	135
6.4.11	Centre i població on han estudiat BUP/ESO/BATXILLERAT	136
6.4.12	Professió dels pares i professionals de la salut en familiars	137
6.4.12.1	Professió del pare	137
6.4.12.2	Professió de la mare	138
6.4.12.3	Metges a la família	139
6.4.12.4	Professionals d'Infermeria a la família	140

6.4.13	Amic d'infància que estudia Medicina	140
6.4.14	En quina opció entra a estudiar Medicina a la UdL	140
6.4.15	Època en que decideix estudiar Medicina	141
6.4.16	Influències per a estudiar Medicina	141
6.4.17	Especialitat que li agradaria exercir	143
6.4.17.1	Canvi d'especialitat i perquè	143
6.4.18	Rotació de pràctiques que l'estudiant està realitzant	144
6.4.19	Sèrie mèdica preferida de la TV	144
6.4.20	Realització d'activitats de Voluntariat	144
6.4.20.1	Voluntariat amb persones malaltes	145
6.4.20.2	Grau de satisfacció del voluntariat amb persones malaltes	146
6.4.20.3	M'agradaria fer tasques de Voluntariat	146
6.4.21	Salut percebuda	146
6.4.22	Experiència de malaltia greu o discapacitat	147
6.4.22.1	Experiència pròpia de malaltia greu o discapacitat.	147
6.4.22.2	Experiència de Malaltia greu o Discapacitat en Familiars propers	148
6.4.22.3	Experiència de malaltia greu o discapacitat en amics	149
6.4.22.4	Estar ingressat en hospital per intervenció	149
6.4.22.5	Estar ingressat en hospital per malaltia	150
6.4.22.6	Visiten les persones malaltes	151
6.4.23	Experiència de mort	151
6.4.23.1	Tenir experiència de mort propera	151
6.4.23.2	Edat en que va tenir experiència de mort propera.	152
6.4.23.3	Relació amb la persona que ha mort	152
6.4.23.4	Experiència de mort presencial	153
6.4.23.5	Edat que es tenia en presenciar una mort	154
6.4.24	Creences	154
6.4.24.1	Creences religioses	155
6.4.24.2	Creure en el "més enllà"	155
6.4.25	Cursos de creixement personal	156
7	Resultats	159
7.1	Anàlisi descriptiva de l'Escala Revisada Collett-Lester	159

7.1.1	Por a la Pròpia Mort	159
7.1.2	Por a la Mort dels altres	160
7.1.3	Por al propi Procés de Morir	160
7.1.4	Por al Procés de Morir dels altres	160
7.2	Anàlisi descriptiva de l'escala d'Afrontament a la Mort	162
7.2.1	La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable	162
7.2.2	Em sento preparat per afrontar la meva mort	163
7.2.3	Evito totalment pensar en la mort	163
7.2.4	El tema de la vida després de la mort em preocupa molt	164
7.2.5	Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics	165
7.2.6	Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo	165
7.2.7	Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin	166
7.3	Anàlisi descriptiva de l'escala de Competències Percebudes	167
7.3.1	Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund	167
7.3.2	Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família	167
7.3.3	Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú	168
7.3.4	Proporcionar suport emocional a la família del pacient	168
7.3.5	Entendre el dol i el dolor de la pèrdua	170
7.3.6	Estar amb una persona en el moment de la mort	170
7.3.7	Signar tu mateix una targeta de donant	170
7.4	Anàlisi comparativa entre test sociopsicobiogràfic i escala revisada Collett-Lester	172
7.4.1	Gènere	172
7.4.1.1	Gènere i Por a la pròpia Mort	173
7.4.1.2	Gènere i Por a la Mort dels altres	173
7.4.1.3	Gènere i Por al propi Procés de Morir	174
7.4.1.4	Gènere i Por al Procés de Morir dels altres	174
7.4.2	Edat	174
7.4.3	Curs i Pla de Bolonya	175
7.4.4	Residència familiar i convivència durant el curs escolar	178

7.4.5	Dependència econòmica	178
7.4.6	Centre on han estudiat BUP/ESO/BATXILLERAT	179
7.4.7	Professió pares i família	179
7.4.8	Amic infància que estudia Medicina	181
7.4.9	Edat en que decideix estudiar Medicina	182
7.4.10	Especialitat que agradaria	182
7.4.11	Sèrie mèdica preferida de la TV	182
7.4.12	Realització d'activitats de voluntariat	182
7.4.13	Antecedents de salut	182
7.4.14	Experiència de mort	183
7.4.14.1	Antecedent mort familiar: pare, mare, germà	184
7.4.14.2	Mort presencial	185
7.4.15	Creences	186
7.4.15.1	Religioses	186
7.4.15.2	El "més enllà"	187
7.4.16	Cursos de Creixement Personal	188
7.5	Anàlisi comparativa entre l'escala d'Afrontament a la Mort i les variables sociopsicobiogràfiques	189
7.5.1	La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable	189
7.5.2	Em sento preparat per afrontar la meva mort	192
7.5.3	Evito totalment pensar en la mort	195
7.5.4	El tema de la vida després de la mort em preocupa molt	197
7.5.5	Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics	200
7.5.6	Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo	203
7.5.7	Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin	206
7.6	Anàlisi comparativa entre l'escala de Competències Percebudes i el test sociopsicobiogràfic	209
7.6.1	Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund	209
7.6.2	Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família	211
7.6.3	Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú	214

7.6.4	Proporcionar suport emocional a la família del pacient	217
7.6.5	Entendre el dol i el dolor de la pèrdua	219
7.6.6	Estar amb una persona en el moment de la mort	221
7.6.7	Signar tu mateix una targeta de donant	222
7.7	Anàlisi comparativa entre escala d'Afrontament a la Mort i escala R Collett-Lester	223
7.7.1	La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable	223
7.7.2	Em sento preparat per afrontar la meva mort	223
7.7.3	Evito totalment pensar en la mort	224
7.7.4	El tema de la vida després de la mort em preocupa molt	224
7.7.5	Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics	225
7.7.6	Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo	225
7.7.7	Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin	226
7.8	Anàlisi comparativa entre l'escala de Competències Percebudes i l'escala Revisada Collett-Lester	227
7.8.1	Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund	227
7.8.2	Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família	227
7.8.3	Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú	228
7.8.4	Proporcionar suport emocional a la família del pacient	228
7.8.5	Entendre el dol i el dolor de la pèrdua	229
7.8.6	Estar amb una persona en el moment de la mort	229
7.8.7	Signar tu mateix una targeta de donant	230
7.9	Resum de resultats	231
8	Discussió	237
8.1	Discussió de l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir	238
8.2	Discussió de l'escala d'Afrontament a la Mort	250
8.3	Discussió de l'escala de Competències Percebudes	254
8.4	Limitacions	257
8.5	Propostes de futur	257

9	Conclusions	261
9.1	Conclusions particulars	261
9.2	Conclusions generals	262
10	Bibliografia	265
11	Annexos	279



## Índex de taules

Taula 1.- Consistència de la mort com a tabú o no tabú en la nostra societat (Walter <sup>19</sup> ).....	15
Taula 2.- Característiques que ha de tenir un professional de la Medicina segons Osler <sup>73</sup> .....	37
Taula 3.- Marc de competències del projecte CanMeds <sup>82</sup> .....	43
Taula 4.- Subescales de l'Escala Revisada de Collett – Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir. ....	122
Taula 5.- Distribució d'alumnes per anys d'enquesta i curs. ....	125
Taula 6.- Distribució d'alumnes matriculats a la Facultat de Medicina de la UdL per curs durant els anys que es va passar enquestes. ....	126
Taula 7.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett- Lester i la variable Gènere. ....	172
Taula 8.- Resultats de la prova Rho Spearman comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i la variable Edat. ....	174
Taula 9.- Resultats de la prova Rho Spearman comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i el curs que realitzen els estudiants de Medicina. ....	175
Taula 10.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'haver cursat el pla d'estudis Bolonya. ...	176
Taula 11.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i el pla d'estudis anterior a Bolonya. ....	177
Taula 12.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i la residència durant el curs escolar dels estudiants de Medicina. ....	178
Taula 13.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett – Lester i la professió de professionals infermers a la família dels estudiants de Medicina. ....	180
Taula 14.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'amic d'infància que estudia Medicina dels estudiants de Medicina. ....	181
Taula 15.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'antecedent de malaltia greu d'un amic dels estudiants de Medicina. ....	183



Taula 16.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'antecedent de mort d'un familiar com el pare, la mare o germà dels estudiants de Medicina. ....	184
Taula 17.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i haver presenciat una mort en els estudiants de Medicina.....	185
Taula 18.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i les creences religioses dels estudiants de Medicina. ....	186
Taula 19.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i tenir creences en el "més enllà" dels estudiants de Medicina.....	187
Taula 20.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i el Gènere dels estudiants de Medicina.....	189
Taula 21.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	190
Taula 22.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	190
Taula 23.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Convivència dels estudiants de Medicina. ....	190
Taula 24.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Mort propera dels estudiants de Medicina.....	191
Taula 25.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	191
Taula 26.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Mort presencial dels estudiants de Medicina.....	192
Taula 27.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Creences dels estudiants de Medicina.....	192
Taula 28.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Gènere dels estudiants de Medicina.....	192

Taula 29.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	193
Taula 30.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	193
Taula 31.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Convivència dels estudiants de Medicina. ....	194
Taula 32.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	194
Taula 33.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	194
Taula 34.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	195
Taula 35.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Creences dels estudiants de Medicina. ....	195
Taula 36.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	195
Taula 37.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	196
Taula 38.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	196
Taula 39.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Convivència dels estudiants de Medicina. ....	196
Taula 40.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	196
Taula 41.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Mort familiar primer grau dels Estudiants de Medicina. ....	197

Taula 42.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Mort presencial dels estudiants de Medicina.....	197
Taula 43.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Creences dels estudiants de Medicina.....	197
Taula 44.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Gènere dels estudiants de Medicina.....	198
Taula 45.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	198
Taula 46.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	198
Taula 47.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Convivència dels estudiants de Medicina. ....	199
Taula 48.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	199
Taula 49.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.....	199
Taula 50.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Mort presencial dels estudiants de Medicina.....	200
Taula 51.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Creences dels estudiants de Medicina. ....	200
Taula 52.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	200
Taula 53.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	201
Taula 54.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	201

Taula 55.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Convivència dels estudiants de Medicina.....	201
Taula 56.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	202
Taula 57.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.....	202
Taula 58.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	202
Taula 59.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Creences dels estudiants de Medicina. ....	203
Taula 60.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	203
Taula 61.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	203
Taula 62.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	204
Taula 63.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Convivència dels estudiants de Medicina.....	204
Taula 64.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Mort propera dels estudiants de Medicina.....	204
Taula 65.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.....	205
Taula 66.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	205
Taula 67.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Creences dels estudiants de Medicina. ....	205

Taula 68.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	206
Taula 69.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	206
Taula 70.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	207
Taula 71.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Convivència dels estudiants de Medicina.....	207
Taula 72.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Mort propera dels estudiants de Medicina.....	207
Taula 73.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	208
Taula 74.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Mort presencial dels estudiants de Medicina.....	208
Taula 75.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Creences dels estudiants de Medicina.....	208
Taula 76.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Gènere dels estudiants de Medicina.....	209
Taula 77.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	209
Taula 78.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.....	210
Taula 79.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Convivència dels estudiants de Medicina.....	210
Taula 80.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Mort propera dels estudiants de Medicina.....	210

Taula 81.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	211
Taula 82.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	211
Taula 83.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Creences dels estudiants de Medicina. ....	211
Taula 84.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	212
Taula 85.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	212
Taula 86.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	212
Taula 87.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Convivència dels estudiants de Medicina. ....	213
Taula 88.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	213
Taula 89.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	213
Taula 90.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	214
Taula 91.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Creences dels estudiants de Medicina. ....	214
Taula 92.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Gènere dels Estudiants de Medicina. ....	214
Taula 93.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	215

Taula 94.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	215
Taula 95.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	216
Taula 96.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el momento oportú i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	216
Taula 97.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	216
Taula 98.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Creences dels estudiants de Medicina. ....	217
Taula 99.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	217
Taula 100.- Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina. ....	217
Taula 101.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	218
Taula 102.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	218
Taula 103.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	218
Taula 104.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	219
Taula 105.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Creences dels estudiants de Medicina. ....	219
Taula 106.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Gènere dels estudiants de Medicina. ....	219

Taula 107.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina. ....	220
Taula 108.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Mort propera dels estudiants de Medicina. ....	220
Taula 109.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina. ....	220
Taula 110.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	221
Taula 111.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Creences dels estudiants de Medicina. ....	221
Taula 112.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Estar amb una persona en el moment de la mort i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	221
Taula 113.- Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Signar tu mateix una tarjeta de donant amb la variable i Mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	222
Taula 114.- Resultats de la prova Pearson comparant La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina. ....	223
Taula 115.- Resultats de la prova Pearson comparant Em sento preparat per afrontar la meua mort amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina. ....	224
Taula 116.- Resultats de la prova Pearson comparant Evito totalment pensar en la mort amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina. ....	224
Taula 117.- Resultats de la prova Pearson comparant El tema de la vida després de la mort em preocupa molt amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina. ....	225
Taula 118.- Resultats de la prova Pearson comparant Puc parlar de la meua mort amb la meua família i els meus amics amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina. ....	225
Taula 119.- Resultats de la prova Pearson comparant Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina. ....	226



Taula 120.- Resultats de la prova Pearson comparant Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	226
Taula 121.- Resultats de la prova Pearson comparant Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund amb els resultats de les subescales Collet-Lester dels estudiants de Medicina .....	227
Taula 122.- Resultats de la prova Pearson comparant Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	228
Taula 123.- Resultats de la prova Pearson comparant Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	228
Taula 124.- Resultats de la prova Pearson comparant Proporcionar suport emocional a la família del pacient amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	229
Taula 125.- Resultats de la prova Pearson comparant Entendre el dol i el dolor de la pèrdua amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	229
Taula 126.- Resultats de la prova Pearson comparant Estar amb una persona en el moment de la mort amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	229
Taula 127.- Resultats de la prova Pearson comparant Signar tu mateix una targeta de donant amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina .....	230
Taula 128.- Relació de variables personals emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic. ....	285
Taula 129.- Relació de variables referides a la Medicina emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.....	289
Taula 130.- Relació de variables referides a l'altruisme emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.....	291
Taula 131.- Relació de variables referides a la salut emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.....	292
Taula 132.- Relació de variables referides a la vivència de mort emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.....	294
Taula 133.- Relació de variables referides a les creences emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.....	295

Taula 134.- Relació de variables referides a la formació personal  
emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic. ....296



## Índex de figures

Figura 1.- Distribució dels estudiants de Medicina participants per gènere. ...	131
Figura 2.- Histograma d'edats dels estudiants de Medicina enquestats. ....	131
Figura 3.- Histograma dels cursos que fan els estudiants de Medicina enquestats. ....	132
Figura 4.- Histograma de freqüències de distribució dels anys que s'ha passat la mostra. ....	133
Figura 5.- Distribució dels estudiants de Medicina en funció del pla d'estudis cursat. ....	133
Figura 6.- Histograma dels estudiants de Medicina segons lloc de residència familiar. ....	134
Figura 7.- Histograma dels estudiants de Medicina segons el tipus de convivència durant el curs acadèmic. ....	134
Figura 8.- Histograma de dependència econòmica dels pares per parts dels estudiants de Medicina. ....	135
Figura 9.- Histograma del lloc on passen les vacances els estudiants de Medicina. ....	136
Figura 10.- Histograma del tipus de centre i població de procedència dels estudiants de Medicina. ....	137
Figura 11.- Histograma de la professió del pare dels estudiants de Medicina. ....	138
Figura 12.- Histograma de la professió de la mare dels estudiants de Medicina. ....	139
Figura 13.- Histograma del parentiu amb familiars metges dels estudiants de Medicina. ....	140
Figura 14.- Distribució dels estudiants de Medicina segons l'opció d'accés. ...	141
Figura 15.- Histograma d'edat en que es decideixen a cursar els estudis de Medicina els estudiants de Medicina. ....	142
Figura 16.- Histograma de les influències rebudes per part dels estudiants de Medicina. ....	142
Figura 17.- Histograma de les especialitats desitjades pels estudiants de Medicina. ....	143
Figura 18.- Distribució dels estudiants de Medicina segons la realització de tasques de voluntariat. ....	145

Figura 19.- Distribució dels estudiants de Medicina que han fet tasques de voluntariat segons ho hagin fet amb persones malaltes.....	145
Figura 20.- Histograma del grau de satisfacció dels estudiants de Medicina que han fet tasques de voluntariat. ....	146
Figura 21.- Percepció de l'estat de salut dels estudiants de Medicina.....	147
Figura 22.- Experiència de malaltia greu o discapacitat pròpia dels estudiants de Medicina.....	148
Figura 23.- Experiència de malaltia greu o discapacitat en familiars propers dels estudiants de Medicina. ....	148
Figura 24.- Experiència de malaltia greu o discapacitat en familiars propers dels estudiants de Medicina. ....	149
Figura 25.- Antecedents d'ingrés hospitalari per intervenció dels estudiants de Medicina. ....	150
Figura 26.- Antecedents d'ingrés hospitalari per malaltia dels estudiants de Medicina.....	150
Figura 27.- Experiència de mort propera dels estudiants de Medicina. ....	151
Figura 28.- Histograma de l'edat dels estudiants de Medicina en tenir experiència de mort propera.....	152
Figura 29.- Histograma de relació dels estudiants de Medicina amb la persona que ha mort. ....	153
Figura 30.- Experiència de mort presencial dels estudiants de Medicina. ....	153
Figura 31.- Histograma de l'edat dels estudiants de Medicina en tenir experiència de mort presencial.....	154
Figura 32.- Presència de creences religioses dels estudiants de Medicina. ...	155
Figura 33.- Creença en el "més enllà" dels estudiants de Medicina. ....	155
Figura 34.- Realització de cursos de creixement personal i/o lectura de literatura sobre la mort per part dels estudiants de Medicina. ....	156
Figura 35.- Histograma de freqüències de distribució de la Por a la pròpia Mort dels estudiants de Medicina. ....	159
Figura 36.- Histograma de freqüències de distribució de la Por a la Mort dels altres dels estudiants de Medicina. ....	160
Figura 37.- Histograma de freqüències de distribució de la Por al propi Procés de Morir dels estudiants de Medicina. ....	161
Figura 38.- Histograma de freqüències de distribució de la Por al Procés de Morir dels estudiants de Medicina. ....	161

Figura 39.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>La mort s’hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord.....	162
Figura 40.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>Em sento preparat per afrontar la meva mort</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord. ....	163
Figura 41.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>Evito totalment pensar en la mort</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord. ....	164
Figura 42.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord. ....	164
Figura 43.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i amics</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord. ....	165
Figura 44.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord.....	166
Figura 45.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l’afirmació <i>Si tingués una malaltia mortal m’agradaria que m’ho diguessin</i> on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d’acord.....	166
Figura 46.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats <i>Escoltar les preocupacions d’un pacient moribund</i> on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”.....	167
Figura 47.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats <i>Consentir la donació d’òrgans o teixits d’un membre de la família</i> on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”. ....	168
Figura 48.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats <i>Fer els comentaris sobre la donació d’òrgans en el moment oportú</i> on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”. ....	169
Figura 49.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats <i>Proporcionar recolzament emocional a la família del pacient</i> on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”. ....	169
Figura 50.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats <i>Entendre el dol i el dolor de la pèrdua</i> on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”. ....	170

- Figura 51.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Estar amb una persona en el moment de la mort* on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”. ..... 171
- Figura 52.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Signar tu mateix una targeta de donant* on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”. ..... 171
- Figura 53.- Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de Morir dels Altres (pma) en funció del gènere dels estudiants. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 173
- Figura 54.- Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de Morir dels Altres (pma) en funció del curs que feien els estudiants. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 175
- Figura 55.- Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i Por al Procés de Morir dels Altres (pma) en funció del pla d’estudis que seguien els estudiants. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 176
- Figura 56.- Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de Morir dels Altres (pma) en relació al pla d’estudis anterior a Bolonya. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 177
- Figura 57.- Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma) en relació tipus de convivència dels estudiants durant el curs acadèmic. Els rombes blaus representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 179
- Figura 58.- Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d’antecedents familiars infermers. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents..... 180

- Figura 59.- Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'amics d'infància que estudiïn Medicina. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents..... 181
- Figura 60.- Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Mori Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'amics que hagin sofert malalties greus. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 183
- Figura 61.- Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'antecedents de mort de pare, mare o germà. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 184
- Figura 62.- Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a l'experiència de mort presencial. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 185
- Figura 63.- Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a les creences religioses. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 186
- Figura 64.- Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Mort Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la creença en el "més enllà". Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents. .... 187









## Resum

Els estudiants de Medicina són joves que, des que entren a la facultat, treballen enmig de la pèrdua i provenen d'una societat que no té cultura de mort i l'amaga. Entenem que això pot representar un xoc important en la seva realització personal en construcció i en la seva capacitat professional dedicada a tenir cura de l'altre i a ajudar-lo, si s'escau, a ben morir. La finalitat del nostre estudi és detectar, descriure i analitzar com els estudiants de la facultat de Medicina de la Universitat de Lleida afronten la seva pròpia mort, la mort de l'altre, el seu propi procés de morir i el procés de morir de l'altre.

### Metodologia

S'ha realitzat un estudi consistent en enquestar alumnes de Medicina en l'interval dels cursos acadèmics compresos entre 1998 i 2014. La mostra ha estat de 676 estudiants dels cursos 1r, 3r, 4t i 6è. Els instruments utilitzats per a la recollida de dades han estat un qüestionari sociopsicobiogràfic, l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i Por al Procés de Morir, una escala d'afrontament a la mort i una escala de competències percebudes. El dossier elaborat costava al voltant de 70 minuts en ésser completat.

### Resultats

L'anàlisi de les variables enquestades indica que l'ansietat dels estudiants de Medicina enfront la mort i el procés de morir té correlacions fortes amb el gènere, l'edat, les experiències vitals i la seva psicobiografia, presentant, en diversos casos, diferències estadísticament significatives. També s'han trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i la Por a Morir dels estudiants de Medicina entre els alumnes dels dos Plans d'Estudis que abasta la mostra (pre i post Bolonya). Els alumnes que pertanyen al Pla Bolonya, respecte al pla d'estudis anterior, presenten menys Por a la Mort i al Procés de Morir.



## Resumen

Los estudiantes de Medicina son jóvenes que, desde que entran a la facultad, trabajan en medio de la pérdida y provienen de una sociedad que no tiene cultura de muerte y la esconde. Entendemos que esto puede representar un choque importante en su realización personal en construcción y en su capacitación profesional dedicada a cuidar del otro y a ayudarlo, en su caso, a bien morir. La finalidad de nuestro estudio es detectar, describir y analizar cómo los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de Lleida afrontan su propia muerte, la muerte del otro, su propio proceso de morir y el proceso de morir del otro.

### Metodología

Se ha realizado un estudio consistente en encuestar alumnos de Medicina en el intervalo de los cursos académicos comprendidos entre 1998 y 2014. La muestra fue de 676 estudiantes de los cursos 1º, 3º, 4º y 6º. Los instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido un cuestionario sociopsicobiográfico, la escala Revisada Collett-Lester de Miedo a la Muerte y Miedo al Proceso de Morir, una escala de enfrentamiento a la muerte y una escala de competencias percibidas. El dossier elaborado costaba alrededor de 70 minutos en ser completado.

### Resultados

El análisis de las variables encuestadas indica que la ansiedad de los estudiantes de Medicina frente a la muerte y el proceso de morir tiene correlaciones fuertes con el género, la edad, las experiencias vitales y su psicobiografía, presentando, en varios casos, diferencias estadísticamente significativas. También se han encontrado diferencias significativas entre el Miedo a la Muerte y el Miedo a Morir de los estudiantes de Medicina entre los alumnos de los dos Planes de Estudios que abarca la muestra (pre y post Boloña). Los alumnos que pertenecen al Plan Boloña, respecto al plan de estudios anterior, presentan menos Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir.



## Summary

Medical students are young people who, since entering the faculty, they working among loss and come from a society that has no culture of death and even hides it. We understand that this may represent a major shock in their personal fulfilment under construction and their professional training dedicated to caring for others and help, if necessary, in the end of life care. The purpose of our study is to identify, describe and analyse how the students of the Faculty of Medicine of the University of Lleida face his own death, the death of others, his own dying process and the process of dying of others.

### Methodology

A study has been conducted consisting of surveying medical students in the range of academic years between 1998 and 2014. The sample included 676 students in grades 1st, 3rd, 4th and 6th. The instruments used for data collection are a sociopsychobiographical questionnaire, the Revised Collett-Lester Fear of Death and Dying Process Fear scale, a scale of confronting death and a scale of perceived competence. The dossier elaborated took 70 minutes to be fulfilled.

### Results

The analysis of the variables surveyed indicated that anxiety of medical students facing death and the dying process has strong correlations with gender, age, life experiences and psycho-biography, presenting, in several cases, statistically significant differences. We also found significant differences between the fear of death and the fear of dying of medical students following the two curricula included in the sample (pre and post Bologna process). Students belonging to Bologna curriculum, with respect to the previous curriculum, have less fear of death and the process of dying.





# *Introducció*



## 1 Introducció

Aquest treball és fruit d'acompanyar el dolor de persones que han experimentat la pèrdua d'un ésser estimat. És fruit de compartir el procés de guariment que va des del dolor profund per la separació i l'absència al posterior despertar d'aquella letargia que empeny a una vida nova. És, a més a més, fruit de moltes hores de contemplar el que visc i m'envolta: la vida. I, especialment també, és fruit de moltes anàlisis teòriques per tal de poder comprendre què és enfrontar-se a la mort pròpia i a la de l'altre, el dol que d'aquesta se'n desprèn, les emocions que comporta i com queda de desgavellada tota la persona.

Estar assíduament al costat del dolor proporciona un desgast tal que, si és vol fer bé, fa que la persona que hi treballa hagi de tenir molta cura d'ella mateixa, sàpiga quins són els seus pilars i sobretot tingui unes bases molt sòlides, que vol dir molt més que utilitzar unes estratègies o buscar la manera d'escapolir-se'n.

Els estudiants de Medicina són joves que senten la vocació d'ajudar els altres. Molts d'ells no han tingut cap mort propera, ni han sofert cap mena de malaltia pròpia ni de persones pròximes i, endemés, provenen d'un entorn, la societat a la qual pertanyen, que amaga la mort i n'ha fet un tabú<sup>1</sup>.

Els professionals de la Salut, en especial els metges, en el seu quefer quotidià, estan immersos en un món on el Sofriment i la Mort són els seus principals exponents. Juntament amb els altres professionals de la Medicina, han de

conviure amb el dolor i la pèrdua, malgrat haver estat només instruïts i preparats per a guarir.

La finalitat del nostre estudi és detectar, descriure i analitzar com els estudiants de Medicina de la Universitat de Lleida afronten el Sofriment i la Mort per tal de poder implementar, si s'escau, una formació humana que conjuntament amb la científica els ajudi a ser bons metges per acomplir el seu treball amb dignitat i professionalitat i que al mateix temps els permeti créixer en el pla personal.

Els estudiants, fruit de la societat que els acull, de l'ambient que els envolta i de llurs pròpies famílies, viuen d'esquena a aquestes realitats i, en un futur proper, hauran de treballar freqüentment amb el dolor, amb el patiment i acompanyar el pacient en el tram final de la seva vida, la mort. No podran evadir-se'n, n'hauran de fer front i no tindran eines ni recursos per assumir ni acompanyar el dolor. "Una bona pràctica mèdica pressuposa una comprensió de la ciència, encara que necessita un bagatge més ampli"<sup>2</sup>.

Una altra finalitat és analitzar com els canvis realitzats en el plans d'estudis, que abasta la recerca realitzada, com la introducció de les Cures Pal·liatives i la formació en Ètica Mèdica i valors professionals, afecten els estudiants en el desenvolupament de les emocions, actituds i pors cap al sofriment i la mort per tal de, si s'escau, poder fer propostes de millora.

També, es vol estudiar la possible evolució d'aquestes actituds al llarg de la carrera a causa dels impactes provinents del tracte amb els malalts, les

pràctiques d'anatomia i els diferents rotatoris<sup>3</sup>, ja que, en tant que estudiants, futurs professionals de la salut, siguin conscients de les seves actituds, podran entendre, empatitzar, orientar i ajudar aquelles persones malaltes que acompanyaran al llarg del seu camí de professió, en l'intent d'humanitzar la Medicina al màxim possible.

Aquest treball de recerca l'hem estructurat en dos blocs: El primer bloc o marc conceptual de referència consta de 5 apartats. El 2.1 pretén descriure com la societat ha anat vivint la mort i el morir a través dels grans pensadors occidentals. El 2.2 se centra en l'abordatge de la mort i del dol en la societat actual i les possibles causes que han donat lloc als canvis que en mig segle s'han realitzat. En l'apartat 2.3 s'acosta a les finalitats de la Medicina arran del gir que la tecnologia i la ciència del segle XXI estan propiciant. En l'apartat 2.4 s'endinsa en la formació que s'imparteix en les escoles de Medicina perquè els estudiants adquireixen les competències necessàries per al seu tracte amb el pacient, especialment en l'últim tram de la seva vida. En l'apartat 2.5 s'apropa als estudis realitzats sobre l'ansietat cap a la mort i el morir dels estudiants de Medicina.

El segon bloc recull el procés realitzat de recerca. Aquest consta de 7 apartats. En l'apartat 3 es planteja la investigació. En el 4 s'estableixen les hipòtesis. És en l'apartat 5 on es defineixen els objectius. L'apartat 6 és on s'especifica la metodologia emprada per assolir els objectius plantejats. En el 7 es presenten els resultats obtinguts en la fase d'exploració i es realitza la seva anàlisi. En l'apartat 8 es dur a terme la discussió dels resultats obtinguts. I és en l'apartat 9

on s'exposen les conclusions de l'estudi realitzat i s'estableixen alguns criteris i prospectiva referents al treball d'afrontament a la Mort i del Morir dels estudiants de Medicina.

Tot aquest treball s'ha dut a terme, com ja s'ha exposat anteriorment, per a aconseguir un objectiu principal: explicitar com confronten el sofriment i la mort els estudiants de Medicina de la UdL ja que demà seran metges i, hauran de palpar la malaltia i la mort dels seus pacients, realitat que comporta dolor i patiment.

Alhora, ens agradaria que aquesta recollida i anàlisi d'informació sigui el punt de partida per a futurs treballs que formulin algunes estratègies educatives de millora en la formació dels estudis de Medicina adreçades a dues finalitats ben concretes:

- ajudar els futurs metges a acceptar, com a part de la seva tasca professional, l'acompanyament en el Sofriment i la Mort i posar-los en contacte amb aquesta realitat ja en la seva preparació universitària.
- exercitar els futurs metges per a ser capaços, no només de guarir, sinó també d'acompanyar el malalt i els seus éssers estimats en el morir i, si és necessari, en la Mort.

*Marc teòric*





## 2 Marc teòric

### 2.1 Afrontament de la mort i del dol a través dels grans pensadors occidentals

La finalitat d'aquest paràgraf permet situar-se com l'home, a través de la seva trajectòria i des dels primers temps de la seva vida, ha conviscut amb la mort. A voltes, l'afronta de cara perquè per la seva vulnerabilitat li és impossible obviar-la, sovint amb por pel que vol dir caminar cap al desconegut. Freqüentment, oposant-se a plantejar-se-la per la por a haver de reformular la seva existència. Altrament, amb la supèrbia de creure's amb la possibilitat de vèncer-la.

Es pretén fer un recorregut general i ampli del desenvolupament del pensament sobre la mort i el morir, des dels filòsofs grecs, per la seva influència en la nostra cultura, fins els nostres dies. Els grans pensadors són les persones influents que, alhora que creen pensament, recullen les concepcions imperants de la seva època.

*Per a l'home, per al qui ha nascut, no hi ha res tan segur com que morirà.*

*Platò<sup>4</sup>*

La mort i l'afrontament de la mort han estat presents al llarg de tota la història de la humanitat i cada societat ha desenvolupat una sèrie de mites i símbols que ens han permès conèixer com, a través del temps, l'ésser humà ha viscut els grans esdeveniments, especialment, la mort. Jung<sup>5</sup>, captivat pels punts comuns que tenen els diferents mites de les diferents cultures, ens explica com "els grans temes de la mitologia universal van paral·lels a les nostres experiències vitals. (...) Capten el nostre interès perquè ens puguem emocionar

i identificar amb el seu contingut. (...) Només es pot viure plenament la vida quan estem en harmonia amb aquests símbols. La saviesa és un retorn a ells". Els mites utilitzen un llenguatge universal, tenen un origen comú i són testimonis de la imaginativa de l'ésser humà més enllà del temps.

Cada època, fins la societat actual, ha representat la mort de moltes i diferents maneres. Els rituals funeraris són un exponent de la part més profunda i íntima de la humanitat i tenen a veure amb el sentit de la vida i de la mort. A través de les sepultures, el món dels morts és present en la memòria col·lectiva dels pobles i ens ajuda a perpetuar el culte als avantpassats.

Aquests mites i símbols funeraris van molt més enllà de la recerca de la immortalitat; ens comuniquen com l'home, en la seva evolució en la història, busca el sentit de la vida i alhora el sentit de la mort i el de la finitud. A través dels grans pensadors de la història, a grans salts, ens hi endinsarem una mica.

Els filòsofs grecs, influents en la nostra cultura, parlen de la mort i de com a través de la mort es faria la descoberta de la veritat. Plató (427 - 347 a C), deixeble de Sòcrates, explica en el Fedó perquè el seu mestre aconsegueix la seva vida afrontant la mort sense por. Per a ell, dedicar tota la vida a la filosofia, és preparar-se per al morir i fer que la mort no sigui temible. Sòcrates creu que després de la mort contemplarà la veritat que és el que persegueix. Encara que apunta que, quan s'és viu, es pot trobar la veritat a través de la connexió profunda amb un mateix. Aquesta connexió profunda implica silenci i solitud. Plató, reforçant el pensament del mestre que admirava, afegeix que

retornar cap a un mateix, connexió profunda, transporta l'home més enllà de la mort.

Els filòsofs grecs copsen la mort com a forma de llibertat i, també, com a possibilitat d'arribar a aconseguir la saviesa. I amb Plató, especialment, es troba l'inici a una concepció de la filosofia com a “tenir cura de” o “preparar-se per” a la mort<sup>6</sup>.

Sèneca (4 a C – 65 d C), filòsof romà, entén que tota la vida és un aprenentatge i que tal com aprenem a viure hem d'aprendre a morir ja que cal pensar en la mort per a entendre i donar sentit a la vida<sup>7</sup>. *La vida és com una llegenda: no importa que sigui llarga, sinó que estigui ben narrada.* Aquestes i d'altres reflexions sorgiren a través de la vivència de morts properes de les quals n'extreia lliçons de vida. Es planteja que, si cada dia morim i ens acostem més a la mort, viure el present és un do. La mort no la tem perquè aquesta és la que li permetrà arribar a la saviesa que és el que anhela. Anima els altres a plantejar-se-la per tal que esdevingui familiar, aprenguin a ser lliures i es puguin reafirmar contra la por a la mort. També parla de la malaltia com a exponent de la fragilitat de l'home, com a portadora de dolor i com a realitat que posa la mort al davant d'un mateix, fent-la propera i, alhora, igualant tots els homes.

Sant Agustí (353 – 430 d C), des d'una actitud cristiana, viu la mort com esperança de resurrecció. En les Confessions<sup>8</sup> exposa el dolor intens viscut, en plena joventut, a causa de la mort del seu amic i, més tard, la de la seva mare, conceptualitzant el dol gairebé des d'una vessant psicològica: l'home sofrent afrontant el misteri de la mort. *D'on ve que de l'amargor de la vida es reculli un*

*fruit tan suau com gemegar, plorar, lamentar-se i queixar-se?* (en la mort de la seva mare). També parla del temps com a tres *tempos*: el present de les coses passades -la memòria- , el present de les coses presents -la percepció- i el present de les coses futures -l'espera-. És precursor dels existencialistes on situaríem a Sartre, Heidegger, Jaspers i d'altres.

En el Renaixement es repensen les aportacions gregues i romanes sobre la mort que evolucionen cap a l'Humanisme: l'home en la natura i a través de la història. La mort és la meta de la vida. Visualitzar un bon morir il·lumina un bon viure. Aquestes premisses es tradueixen en diferents mires del sentit del viure: a uns pot menar cap a l'austeritat, a d'altres cap a la instrucció, a d'altres cap al gaudi, a d'altres cap a conèixer món, encara que sempre, al darrera de tot, hi ha la consciència de mort i d'afrontament, esperant-la a qualsevol indret, en qualsevol situació, en qualsevol moment. Realitat que ajuda a desenvolupar la llibertat i la serenitat interiors<sup>6</sup>.

*Montaigne* (1533-1592), filòsof, escriptor i humanista del Renaixement, en els seus assajos deixa paleses totes les respostes que provenen de la pregunta que es fa: "Què és el que jo sé?" La resposta a la pregunta ha de ser contestada des de la llibertat. No llibertat com a model, sinó des de poder pensar lliurement, intentant atènyer-la, ja que, només aquesta, pot oferir als homes la possibilitat de fer emergir el poder de pensar i el poder d'assumir la desitjada llibertat, *la que ensenya als homes a morir com s'aprèn a viure*<sup>9</sup>.

*Descartes* (1596-1650), racionalista i primer autor de la Modernitat, és un dels filòsofs més importants de la història del pensament. Les seves teories determinaran un canvi a l'hora de raciocinar que marcarà tota la filosofia moderna. Té, com a característica principal, la creença que obtindrà el coneixement a partir de la raó, és a dir, de l'existència de les idees innates. Creu que l'home ha d'evitar ser víctima de les passions i és per això que Descartes proposa com alternativa, l'autocontrol. Les passions no són del tot negatives, però cal actuar de forma reflexiva, ja que en definitiva, segons el pensament dels racionalistes, llibertat i deure coincideixen: "l'ésser humà és lliure quan fa allò que ha de fer". Recomana un poderós remei per suportar la mort dels nostres éssers estimats i ajuda a no tenir por a la pròpia mort, tal com es pot apreciar en el següent text: "*Però, senyor, vostè sap millor que jo que el temps que vivim en aquest món és tan petit en comparació amb l'eternitat, que no ens hem de preocupar tant per si ens prenen uns anys abans o després*".(Carta a Colvius, 14 de juny 1637)<sup>10</sup>.

*Voltaire* (1694-1778), filòsof de la Il·lustració, afirma que *l'espècie humana és l'única que sap que ha de morir, i ho sap només per l'experiència*. A través dels signes i símbols de la vida es planteja el curs de la humanitat i posa les esperances en la continuïtat i l'excel·lència de la vida. Valora els qüestionaments que els pensadors antics es fan de l'ànima, del cos, del viure i del morir, des de la petitesa del ser humà i la grandesa de qui l'ha creat. Des de la ignorància de la persona, des de la ignorància del principi de totes les coses, voler-ho representar en una imatge, és reduir i limitar qui no té cap límit. Fet que el fa baixar a la realitat i plantejar-se la vida i la mort des del fer de cada

dia. *Només hem de viure un dia; visquem en pau, sense plantejar-nos qüestions que es decidiran en la vida immortal que començarà demà*<sup>11</sup>.

Schopenhauer (1788-1860), filòsof alemany, afirma que *"la mort és el vertader resultat i el veritable propòsit de la vida"* i continua dient que *"l'home no només tem la mort de la seva pròpia persona sobre qualsevol altra cosa, sinó que també plora intensament la mort dels seus i no de manera egoista sinó compadint-se per la gran desgràcia que els ha succeït"*. És per això que censura a aquell que no plora ni mostra aflicció, per la seva grandesa i falta de sensibilitat". Si l'ésser humà és capaç d'acostar-se a la mort sense por, *"quan venç aquesta i l'home s'enfronta a la mort tranquil i serè, se l'honora com a gran i noble: llavors celebrem el triomf del coneixement sobre la cega voluntat de viure que és, no obstant, el nucli del nostre propi ésser. Igualment, depreciam a aquell que s'aferra incondicionalment a la vida, es resisteix manifestament a l'arribada de la mort i la rep amb desesperació"*. Schopenhauer, per a obtenir respostes a preguntes sobre la mort, es qüestiona sobre la mort dels animals i, encara més, els situa en la natura. A partir d'aquí arriba a formular: *"així com som atrets a la vida per l'il·lusori instint de plaer, estem retinguts en ella per la igualment il·lusòria por a la mort"*<sup>12,13</sup>.

Nietzsche (1844-1900), filòsof, poeta, músic i filòleg alemany, considerat un dels pensadors contemporanis més influents del segle XIX, entén l'existència humana com un error, encara que cal cercar el sentit a la vida per a continuar vivint. *"L'home està anguniat, l'instant se li escapa, desapareix i apareix a una*

*velocitat incontrolable. No pot dominar-lo, no pot xifrar-lo ni classificar-lo. Pensa que la salvació està en el futur i no en la percepció tràgica de l'instant i del dolor que s'oculta sota l'escorça dels colors*". Es planteja la finitud de la seva existència sense preocupació encara que la detesta: *L'home, davant la propera mort que l'amenaça, llança el crit afònic i desesperat: No vull morir! No vull que el jo s'escapi i exploti! Vull seguir sent jo!* El seu projecte vital no té pretensions eternes, sinó que és un projecte per a la temporalitat, un projecte dissenyat per a la finitud. Després de la mort, el jo es dissol i entra a formar part del tot. Té un enfocament cosmocèntric<sup>14</sup>.

*Heidegger*<sup>15</sup> (1889 – 1976), filòsof alemany influent en tota la filosofia de l'existencialisme del segle XX. En la seva obra, *El ser i el temps*, s'hi troba dues maneres de concebre el ser: el ser íntimament dependent del temps, el ser del temps i, posteriorment, el temps del ser. Per a ell, la mort és una forma que l'ésser humà adquireix pel fet de ser-ho, ja que tan aviat com l'home arriba a la vida, ja és prou vell per a poder morir. No hi ha vida sense mort. La mort l'acompanya tot al llarg del trajecte vital. L'home mor perquè està en la seva essència humana. *"La mort és la meta de la vida i no el seu final"*.

## **2.2 Acarament de la Mort i del Morir en la nostra societat**

*Hadot* (1922–2010)<sup>16,17</sup>, ja més proper en el temps, a través de l'estudi i la meditació dels textos dels filòsofs grecs i romans, entén la filosofia, *primer com a manera de viure* -que comporta, també, aprendre a morir- i, després afegeix, com a *exercici espiritual. S'exercer à mourir, c'est s'exercer à mourir à son individualité, à ses passions, pour voir les choses dans la perspective de*



*l'universalité et de l'objectivité. Évidemment, un tel exercice suppose une concentration de la pensée sur elle-même, un effort de méditation, un dialogue intérieur.* (Exercitar-se en el morir, és exercitar-se en morir a la seva individualitat, a les seves passions, per a veure les coses des de la perspectiva de la universalitat i de l'objectivitat). Aquest exercici suposa una concentració del pensament en si mateix, un esforç de meditació, un diàleg interior.

La societat actual, que no ha fet un recorregut parell als avenços tecnològics, escamoteja la mort i el morir fins arribar a fer-ne un tabú. *Torralba*, filòsof i teòleg, el pensament del qual s'orienta cap a l'antropologia filosòfica i ètica, planteja en la seva obra una anàlisi de les qüestions centrals de l'existència humana com el sofriment, el silenci, la mort, Déu, el sentit, la llibertat. En el llibre "Planta cara a la mort" posa en relleu com la societat amaga la mort i com s'evadeix de la realitat més certa de l'home: *Ocultar la mort és un mecanisme de defensa, però no és una resposta sensata enfront de la mort, que avui dia continua sent un tabú en la nostra cultura*<sup>18</sup>.

En cercles molt concrets i reduïts, fa uns 30 anys, va iniciar-se la literatura sobre la mort, primer al Regne Unit a tall periodístic i després als EE.UU. acadèmicament, tots convenint la mort com a tabú. *Walter*<sup>19</sup> pretén afrontar aquesta ideació de la mort a partir de dues preguntes:

- realment és un tabú la mort? Si és així, en quin sentit?
- si la mort no és un tabú, perquè es parla tant del tabú.

Denuncia que els estudiosos no han intentat incorporar aquestes qüestions en les seves teories i en fa una revisió cercant les fortaleeses i les febleses d'ambdues visions (Taula 1).

**Taula 1.-** Consistència de la mort com a tabú o no tabú en la nostra societat (Walter<sup>19</sup>).

<b>La mort és tabú</b>	<b>La mort no és tabú</b>
Abans havia estat un tabú	Ara s'està desintegrant el tabú
S'amaga la mort	No es prohibeix
Pels mitjans de comunicació i Medicina	En altres mitjans no tant influents
Manca de llenguatge coherent	Inseguretat i malestar en la conversa
Els experts es posicionen on volen	Sempre s'ha acceptat i negat la mort
L'individu modern nega la mort	La societat moderna no la nega

Els arqueòlegs veuen el tabú de la mort com un tema de la societat moderna que considera la mort com a inacceptable i vergonyosa. Des de l'arqueologia s'afirma que les troballes que s'obtenen els estudiosos moderns les empren per entendre la subtilesa de l'experiència humana i que els estudis que es fan sobre l'arqueologia funerària contribueixen a explorar la pròpia mortalitat i, amb ella, el seu lloc dins de la història de la humanitat<sup>20</sup>.

El tabú de la mort ha estat descrit com el voler enterrar l'interrogant de la mortalitat humana des de la nostra societat actual, arribant a valorar-la com un esdeveniment pornogràfic que ha de ser ocultat, "the death of dying"<sup>21</sup>. Els crítics argumenten que aquest tabú s'ha exagerat i que el segrest de la mort reflecteix una crisi de sentit en la modernitat. S'ha repensat, també, que aquest mantenir viu el tabú podria ajudar a mantenir viu el sentit de la transcendència<sup>1</sup>.

Els mitjans de comunicació i les noves tecnologies fan ús i abús de la mort encara que sigui silenciada socialment. La mort s'exhibeix en pantalla d'una manera sanguinolenta i crua, però llunyana. Realitat que, lluny de provocar una familiaritat i, sobretot, una acceptació existencial de la mort, obre una escletxa cada vegada més gran entre els mitjans de comunicació/tecnologia de la mort i els contextos i temporalitats de la mort i el dol en la vida real<sup>22</sup>.

Darrerament, la societat ha institucionalitzat la necessitat de tot el que és novador, d'augmentar sense límit el coneixement. Aquesta realitat forma part del progrés socioeconòmic fixat en una contínua producció d'innovacions tecnocientífiques. La ciència ocupa un paper preponderant en les nostres vides. Ciència, tecnologia i societat, hem de veure-les com un tot que fa intel·ligible la realitat quotidiana que vivim, no són esferes separades, sinó quelcom mútuament constitutiu i definitori. I com un tot, la seva dilucidació, significa un nou desafiament<sup>23</sup>.

La societat actual, que prové de la societat del benestar, ha foragitat la mort, no només perquè és una pèrdua sinó també pels grans avenços tecnològics, en especial els que fan referència a l'àmbit de la salut. Aquesta s'està adaptant als *canvis demogràfics, aparició de noves malalties, modificacions de l'estructura familiar i cultural, així com la gran tecnificació a la que s'ha vist sotmesa la sanitat*<sup>24</sup>.

Com bé comenta Aubiàs, *"Cada societat accepta un nivell de risc o d'inseguretat diferent d'acord amb unes expectatives socials determinades en*

*part per l'experiència i en part per construccions socials no sempre objectives*<sup>25</sup>. Això implica que la nostra societat dóna per fet unes expectatives sense tenir en compte no només els errors mèdics sinó la caducitat de la vida. També deixa entreveure que funciona des de la subjectivitat i des de l'aferrament al benestar.

Als canvis recent esmentats, s'hi adjunten realitats com l'allargament de l'esperança de vida; la farmacologia, que converteix un ampli ventall de patologia aguda i fins fa poc mortal en malaltia crònica, generant un envelliment de la societat; la tecnologia fa que la cirurgia sigui més acurada i menys agressiva; s'ha impartit educació per a la salut i la persona té més cura de si mateixa.

Aquests fets que es produeixen en l'àmbit de la salut s'associen a uns altres canvis a nivell social com és el diferent model familiar, ara nuclear i de diferents tipus. Aquest model provoca estrès a l'hora d'assolir les necessitats quotidianes, principalment en la dependència i l'envelliment, amb la qual cosa, moltes persones grans acaben institucionalitzades; també genera dificultats per compaginar el treball amb els horaris familiars i s'hi afegeixen les dificultats pròpies de la societat, que es regeix per l'economia que imposa rendibilitat, productivitat i eficàcia, menysvalorant aquell que no és productiu<sup>26,27</sup>.

La tecnologia ha avançat de manera desproporcionada i la societat encara no s'ha pogut adaptar als canvis experimentats, donant peu a un ésser humà actiu tècnicament i, alhora, més passiu en l'aspecte humanístic comprensiu,

psicològic, creador. L'evolució tecnològica permet alimentar l'afany de transformació de l'ambient i de modificar l'entorn, sense atendre el perfeccionament interior de l'home. Interiorment, la persona no ha evolucionat tant, ni ho ha fet al mateix ritme dels avenços tecnològics<sup>27</sup>.

La malaltia i la mort comporten, ambdues realitats, moments d'aturada i poden presentar dificultats per a ser acceptades no sols pel ritme de vida i l'estrès que produeix tot canvi, sinó perquè són un tabú i no són conegudes pel fet d'haver estat silenciades.

Tota pèrdua o separació comporta una reacció automàtica i instintiva, amb una resposta agressiva. El dol és la resposta i la reacció a aquesta pèrdua<sup>28</sup>. Les respostes més comunes a la mort i a la malaltia, entesa com a pèrdua de la salut, són l'ansietat, la por, l'amenaça, la preocupació i l'acceptació<sup>29</sup>. El dol és la reacció emocional davant d'una pèrdua<sup>30</sup>. Encara que el dol es viu sobretot com una experiència individual, psicològica, psicosocial i psicobiològica, és també una realitat col·lectiva. La dimensió social del dol resulta una consideració ineluctable, tot i que avui ens assembla menys aparent i, en ocasions, oculta<sup>31</sup>.

Bowlby basa el dol en la figura de l'afecció, per la tendència dels éssers humans a establir forts lligams emocionals amb altres persones i per les fortes reaccions emocionals que es produeixen quan aquests llaços es veuen amenaçats i es trenquen. Estudià com aquesta figura d'afecció no només existeix en les persones, sinó també en els animals<sup>32</sup>.

En una situació de dol, especialment en la mort d'un ésser estimat, les persones, en viure una situació que els supera, que no coneixen i que els envaeix en la seva totalitat, busquen la solució en els serveis de salut mental. Pensen que amb un tractament mèdic podran dominar la quantitat de sentiments i emocions que de sobte han aparegut en el seu conscient i no són capaços de poder discriminar. Tampoc, mai, no han experimentat en ells mateixos reaccions tals ni de tal intensitat. Aquesta situació els mena a viure en la por i en el pànic de no arribar a ser capaços de poder regir amb la seva raó un control. Acudeixen, també, als serveis de salut mental creient que no estan superant l'experiència, que el dol no s'acaba i que necessiten ajuda per a tornar a viure. El dolor del dol envaeix la persona, que no sap com actuar ni afrontar la vida que ha d'emprendre i, a més a més, per les dificultats que hi troba, no en té ganes i no pot. Els medicaments no poden treure el patiment pel dolor infligit per la pèrdua. Sí que poden, en un moment donat, alleugerir-lo, però no solucionar-lo. El dolor del dol necessita temps, encara que temps treballat per a suportar-lo. El dol emergeix moltes vegades com la causa subjacent de diverses desviacions físiques i mentals<sup>33-36</sup>. Afrontar, identificar i acceptar la realitat de la mort a través de viure els processos de dol proporciona un ajustament positiu a la pèrdua<sup>37</sup>.

La professió sanitària, com la població en general, no està exempta de viure morts properes ni tampoc d'haver d'experimentar i patir el dol que d'aquestes es desprèn. Hem de ser conscients que els estudiants de Medicina, com els mateixos metges, hi ha moments que poden ser, alhora, actors i espectadors

de la mateixa situació. Els estudiants poden haver passat un dol, elaborat o no, i trobar-se acompanyant a persones en la mateixa situació. La joventut que caracteritza l'estudiant -aprenent de la vida que està forjant-se la personalitat, preparant-se per a una professió de tenir cura de l'altre- pot fer que, quan es trobi en situacions de sofriment i mort, el confrontin i pugui fer transferències i contratransferències que li siguin perjudicials i l'afectin en el seu benestar personal i en els seus aprenentatges. A més a més, l'estudiant dels primers cursos de Medicina és possible que visqui fora de casa per primera vegada i està aprenent a atendre les persones en totes les etapes de la vida, incloent aquelles que s'acosten a la mort, sense tenir un recolzament familiar o el d'un adult. Els educadors han de ser conscients de la gamma d'implicacions personals i educatives que pot comportar el dol per als estudiants de Medicina, i assegurar-se que l'ajuda adequada està disponible<sup>38,39</sup>.

Encara que la humanitat és la pedra angular de la Medicina, la despersonalització s'ha lliscat d'alguna manera en la relació metge-pacient i el plor es considera incompatible amb la imatge d'un bon metge, que se suposa que és forta i segura. S'ha volgut investigar si el plor davant del patiment del pacient és degut a la humanitat que pot caracteritzar el bon metge o a la feblesa de la persona. L'estudi realitzat a l'entorn del plor als hospitals diu que els estudiants de Medicina i els mateixos metges no són immunes al patiment del pacient i poden plorar aclaparats per l'estrès i les emocions, perquè les emocions sorgeixen espontàniament en les situacions de patiment<sup>40</sup>. Així, davant la mort d'un pacient, els estudiants afronten millor la situació si els seus

docents l'afronten bé, encara que és viu més difícil que si el que és mort és un nen<sup>41</sup>.

### 2.3 Les finalitats de la Medicina

S'inicia aquest apartat amb una cita de Diego Gracia<sup>42</sup> que ajuda a situar-se davant de la realitat dels professionals de la Medicina i de la Medicina en ella mateixa. *"La bioètica del nou mil·lenni, si vol enfocar de debò els problemes que té, ha de ser una ètica de la responsabilitat. I, per tant, haurà de concedir un lloc preferent a la reflexió sobre els fins. Sobre molts fins, però si més no sobre els fins de la Medicina, és a dir, sobre la salut i la malaltia. Aquests no són conceptes neutres ni innocents. Digueu-me què entens per salut i et diré quina idea de la vida tens. (...) S'ha acabat l'època en què aquests fins els fixaven els metges a través dels seus mètodes positius i positivistes: la malaltia com a lesió, disfunció, infecció, etc, i la salut com a absència d'aquestes característiques. Ara, la salut i la malaltia la defineixen els ciutadans, amb un criteri tan emotiu, utòpic i irresponsable com el del "perfecte benestar físic, psíquic i mental". No cal dir que això no pot acabar bé. Un fi irreal i irrealitzable no pot portar més que a la frustració i al fracàs, individual i col·lectiu. Només així s'explica la immensa frustració que avui existeix al voltant del món de la Medicina"*

L'àmbit de les professions sanitàries i la Medicina ha experimentat una autèntica revolució tecno-científica, tal com comenta el professor Diego Gracia: *"La Medicina ha canviat més en 25 anys que en 25 segles"*<sup>43</sup>. Aquest progrés científic ha comportat importants canvis en l'exercici de la professió mèdica en un període de temps força limitat.



En segles passats no era possible diferenciar “curar” de “cuidar”. Ara, en l'època de la nova Medicina es pot “guarir” sense “tenir-ne cura”<sup>44</sup>. La socialització de la Medicina, junt amb les noves tecnologies, la superespecialització dels metges, el treball en equip d'aquests sense haver-ne, a vegades, un de referència per al pacient, el canvi de model metge-pacient en què el metge decidia com i de quina manera actuar, en funció del diagnòstic, i el pacient només acatava, desemboca en una sèrie de reaccions i canvis en el 4t quartil del segle XX. Ara veurem com la Medicina canvia d'enfocament: la malaltia ja no és el seu centre i comença a veure el pacient en tota la seva integritat.

*Eric Cassell*, precursor dels canvis en les finalitats de la Medicina, publica al *New England Journal of Medicine* el 1982 un referenciat article en què proposa replantejar les finalitats de la Medicina, ampliant-les principalment a l'abordatge del patiment, insistint en el fet que no són els cossos els que pateixen, sinó les persones, posant èmfasi en l'experiència subjectiva de la persona i parlant de la necessitat de la Medicina basada en les persones, no en les malalties. La necessitat de tractar el pacient com a persona: no és fins a meitat del segle passat que la paraula persona no forma part de la Medicina.

Centrat en la persona, distingeix el dolor físic del patiment, amb la qual cosa s'inicia la doble finalitat de la Medicina: l'alleujament del sofriment i la cura de la malaltia. Parla de la 'persona com a un individu humà corpori, determinat, pensant, sensible, emocional, reflexiu, relacionant i actuant' que fa que totes les

accions que es puguin esdevenir es basin en significats. Tot significat té una dimensió emocional, una dimensió física, una dimensió espiritual o transcendent. A cap part de la persona no li passa res que no li passi a la resta de les seves parts. Tot implica a la persona en la seva totalitat i ressona en tota la persona. Així, 'les persones que pateixen una malaltia estan desconnectades de les sanes i del seu món'. S'adona que la persona que té una malaltia perd la indestructibilitat: veu i viu el món com a font de perill, fet que fa que se centri en la por, en la fragilitat, en l'amenaça, en els riscos. La persona malalta perd també l'omnisciència i l'interès pel que l'envolta i li costa pensar amb claredat. 'El patiment és un estat vital especial i una forma extraordinària d'angoixa'. A la vegada, el patiment és personal, individual, crea conflicte a un mateix, provoca la pèrdua d'un objectiu fonamental i és solitari<sup>45,46</sup>. Passa del malalt a la persona que està malalta.

*Laín Entralgo*, endinsant-se en l'acte mèdic, explica com la relació metge-pacient és una relació d'home a home. Una relació d'ajuda en la que ambdós s'associen i cooperen en atènyer una meta comuna. En cada acte mèdic, Laín Entralgo, troba 5 moments que constitueixen i integren la relació mèdica: un moment afectiu -quan ambdós es vinculen-, un moment cognoscitiu -conèixer la malaltia-, un moment operatiu -el tractament-, un moment ètic -bona conducta- i un moment històric-social -el context-. El vincle, el coneixement, el tracte, el bon fer, en una realitat determinada no es poden desvincular<sup>47</sup>.

*Callahan*, basant-se en Cassell, fa un pas més reivindicant el poder de la presència dels metges en el moment de la mort i la importància de la comunicació oberta sobre qüestions ètiques difícils<sup>48</sup>.

Un punt clau d'inflexió. El 1997, *The Hastings Center* reuneix 14 estudiosos universals que a la vegada van crear sengles equips de treball, formats per multiprofessionals de tots els camps, per abordar els fins de la Medicina arran del progrés de la ciència mèdica i la biotecnologia i l'augment de les necessitats humanes unit a l'escassetat de recursos per a satisfer-les.

La Medicina ha de fer front a un envelliment creixent de la ciutadania, a uns canvis tecnològics accelerats i a una demanda que no para de créixer. I, com a rerefons moral, ha emergit un fort moviment cap al dret d'autodeterminació dels pacients i en favor d'una distribució dels serveis mèdics més equitativa.

La Medicina té característiques tant globals com particulars, cosa que vol dir que posseeix uns fins que haurien de ser comuns a totes les cultures, i uns altres que són propis i únics de cada cultura.

A tot arreu es reconeix el fenomen del dolor i del sofriment, encara que hi pot haver grans variacions sobre quin sentit se'ls atribueix, sobre la tolerància que mereixen o la manera en què s'institucionalitzen les respostes que hi dona la societat.

Reformula la definició de salut com una experiència de benestar i d'integritat de la ment i del cos. Se'n desprèn que comprèn la persona com un tot i en una realitat concreta, allò que viu i allò que percep ja que tot la conforma.

A l'hora de formular els fins de la Medicina, que tot seguit s'exposen, tenen molta cura en fer constar que cap d'ells té una preeminència sobre els altres ja que dependrà de les circumstàncies en les quals es trobin:

- *La prevenció de les malalties i les lesions; la promoció i el manteniment de la salut.* La Medicina és més que una disciplina que només socorre i s'ocupa de persones que ja estan malaltes i els sistemes d'assistència sanitària són molt més que simples sistemes per atendre el malalt.

- *L'alleujament del dolor i del sofriment causats pels mals.* Diferencia el dolor -aflicció física extrema- del sofriment -estat de sobrecàrrega o d'opressió psicològiques, caracteritzat per la sensació de por, terror o ansietat-. Ambdós poden coexistir encara que un no implica l'altre ja que depèn de cada persona. Alguns sofriments, especialment quan estan relacionats amb un estat crònic o terminal, poden suscitar en els pacients preguntes sobre el sentit mateix de la vida, o del bé i del mal, o del fat i el destí personal; qüestions que solen ser considerades de naturalesa espiritual o filosòfica i no pas mèdica. El metge haurà de fer-ne la distinció i haurà de saber com incidir-hi, a voltes ajudat per un equip interdisciplinari.

- *L'atenció i el guariment dels malalts; la cura que es pot donar als malalts incurables.* Els pacients, com a persones, porten la malaltia i la lesió davant els

metges, perquè això és el que experimenten més directament en la seva subjectivitat i el que sol motivar-los a buscar remei. Es presenten ells mateixos, i és en aquestes “persones que es presenten” que han de tenir el punt de partença tant la cura com l’atenció mèdica. La Medicina pot sanar fins i tot en aquells casos en què no pot guarir; ajudant una persona a fer front de manera efectiva les malalties cròniques. En el cas de les malalties cròniques, cal ajudar els pacients a entendre el seu trastorn, a fer-hi front i a viure amb ell, de vegades de manera permanent. Com que els malalts crònics han d’aprendre a adaptar-se a una identitat nova i alterada, una gran part de la feina del professional de la salut s’ha de centrar més en la gestió que en la cura de la malaltia, i en aquests casos “gestió” vol dir donar atenció humanitària psicològica i contínua a una persona que, d’una manera o d’una altra, s’ha d’adaptar a la realitat del seu patiment. Més encara, s’ha suggerit que un dels deures de la Medicina pugui ser ajudar el malalt crònic a forjar-se una nova identitat.

- *L’evitació de la mort prematura i la cerca d’una mort tranquil·la.* La lluita contra la mort, en moltes de les seves manifestacions, és un dels fins essencials de la Medicina. Aquest deure, però, sempre s’hauria de formular tenint present un altre deure de la Medicina, el d’acceptar la mort com a destí de tots els éssers humans. Una mort tranquil·la es pot definir com una mort en la qual el dolor i el sofriment s’han reduït amb cures pal·liatives adequades; en la qual no s’abandona mai els pacients ni se’ls deixa de banda, i en la qual es considera tan important tenir cura dels qui no sobreviuran com dels qui sobreviuran.

L'estudi proposa uns objectius pràctics en recerca, assistència sanitària i formació dels metges i estableix les aspiracions de la Medicina tenint en compte els factors biomèdics i genètics i els factors socials i psicològics de tota persona<sup>49</sup>.

Puchalski et al.<sup>50</sup>, diuen que “els metges no són reparadors d'òrgans: són servidors de persones”. Són conscients que l'espiritualitat ha jugat un paper en la cura de la salut. A partir de principis del segle 20, amb els avenços tecnològics en el diagnòstic i tractament s'ha eclipsat l'element més humà de la Medicina, l'espiritualitat. Un grup d'acadèmics i professionals de la salut, disposats a recuperar les arrels espirituals de la Medicina, defineixen l'espiritualitat, en termes generals, com una “recerca de significat, propòsit i connectivitat”. Entenen, doncs, la importància cabdal de l'espiritualitat en la persona i, per això, la seva relació amb el camp de la salut. A través de Medical School Objectives Project s'ha incorporat l'Espiritualitat en el pla d'estudis de més del 75% de les escoles de Medicina dels Estats Units. Per tal de crear un marc coherent, set escoles de Medicina van endegar The National Competencies in Spirituality and Health i treballen conjuntament amb l'Institut George de l'Espiritualitat i la Salut-Templeton Reflection Rounds, G-TRR, de Washington. Per tal de poder treballar la competència espiritual amb els estudiants de Medicina, es reflexiona sobre les seves trobades amb pacients. D'aquesta manera tenen l'oportunitat de desenvolupar els seus propis recursos interns per fer front al patiment dels altres.

### **2.3.1 Cures Pal·liatives: definició, origen i desenvolupament**

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS/WHO)<sup>51</sup>, les Cures Pal·liatives són un enfocament que pretén millorar la qualitat de vida dels pacients i de les seves famílies mitjançant la prevenció i millora del patiment amb una detecció precoç i un bon assessorament per afrontar el dolor i altres problemes físics, psicosocials i espirituals derivats de la malaltia.

Des de l'àmbit sanitari, tal com s'ha apuntat en l'apartat anterior, l'atenció a la mort i intentar una mort sense dolor s'ha inclòs com una de les finalitats de la Medicina. Aconseguir que els éssers humans morin en pau és tan important com evitar la mort<sup>48</sup>. La Medicina sempre ha tingut cura dels moribunds, però, potser fins fa poc, s'ha posat més el punt de mira en el diagnòstic de la malaltia que duu a la persona a la mort, que des de la persona en ella mateixa d'una manera holística. Recentment, dins de la tendència a la superespecialització, les Cures Pal·liatives s'han incorporat com una atenció i formació específica.

Tot seguit s'exposaran només els punts del currículum de Cures Pal·liatives que fan referència a la persona en les seves necessitats psicològiques i espirituals i a llurs famílies ja que és el tema que ens concerneix. Abans, però, seria injust no fer una menció especial a dues dones, Elisabet Kübler Ross i Cicely Saunders, que han destacat per haver abordat la mort com a final d'una malaltia, per haver copsat com la mort afecta la persona malalta, la seva família i els mateixos cuidadors i per haver tingut la voluntat de procurar que tota persona pugui morir dignament i en pau.

*Elisabeth Kübler Ross* (1926-2004), psiquiatra suïssa, va fer la seva residència al costat dels moribunds a Nova York i es graduà en psiquiatria a la universitat del Colorado. Va ser precursora en l'apropament i en la descoberta del procés de morir de les persones i va arribar a ser mundialment experta en la mort, en el morir i en cures pal·liatives. El seu compromís per alleugerir el patiment humà la va portar a tenir cura dels malalts terminals, no només intentant pal·liar-ne el dolor físic, sinó també el psíquic i l'espiritual. Per a poder comprendre i penetrar en les vivències dels moribunds, va fer teologia, empena a descobrir els grans interrogants de la vida i de la mort. Va fer estudis sobre les fases per on passa tota persona en dol, entenent ja el dol per la pèrdua de la pròpia vida i per la pèrdua de l'altre. Va escriure nombrosos llibres, *La mort, una aurora, Lecciones de Vida, Sobre la muerte y los moribundos, Sida: el gran desafío, Vivir hasta despedirnos, Los niños y la muerte*, entre d'altres, que ajuden a comprendre i situar el morir i, també, a viure la finitud. Ajudà a molts familiars a manegar la seva pèrdua, a saber com enfrontar-se a la mort d'un ésser estimat; els va explicar com donar suport a la persona en agonia, el que havia de fer-se en aquests difícils moments i el que s'havia d'evitar.

Fou pionera en el camp de la investigació de les experiències properes a la mort, i és amb la publicació del llibre *Sobre la muerte y los moribundos*, el 1969, als Estats Units, que va desenvolupar un paper fonamental en l'augment de la popularitat de la consciència de la mort. Actualment, és reconeguda como una figura d'autoritat en la matèria. Ella i els seus llibres han donat la volta al món. Ha estat guardonada amb 23 doctorats honorífics<sup>52-56</sup>.



*Cicely Saunders*, Londres, (1918-2005), infermera, treballadora social i metge, va demostrar que era possible morir en pau i sense grans dolors. Va desenvolupar la teoria del "dolor total" que inclou elements socials, emocionals i espirituals, fins llavors no contemplats en l'historial de la persona malalta en el darrer tram de la seva vida. "L'experiència total del pacient comprèn ansietat, depressió i por; la preocupació per la pena que afligirà a la seva família; i sovint, la necessitat de donar un sentit a la situació, una realitat més profunda en la qual confiar". Per a donar confort als moribunds creà el 1967 el St. Christopher Hospice amb la intenció de proporcionar-los acollida i refugi, iniciant la institució dels *hospices* i l'atenció mèdica al final de la vida. S'ha convertit en precursora de les Cures Pal·liatives, matèria d'ensenyament a les facultats de Medicina<sup>57,58</sup>.

L'Associació Europea de Cures Pal·liatives (EAPC) es va formar l'any 1988, quan ja feia més de 20 anys que aquestes funcionaven, encara que en la majoria de països europeus no estaven instituïdes com a tal servei específic i tampoc formaven part de l'ensenyança reglada en les facultats de medicina.

Actualment alguns estats han començat a incorporar aquest servei de forma diferenciada i específica de la resta de serveis. Segons Doyle<sup>59</sup> potser un dels factors que més ha ajudat al canvi ha estat el reconeixement que quasi el 50% de morts a Europa són cròniques i els pacients poden patir mesos o anys abans de morir. El nombre d'aquest tipus de pacients és cada cop més alt i sembla que seguirà augmentant atesos els avenços mèdics. Cal reconèixer que no tots els malalts faran ús d'aquest servei ja que el 90% d'aquests, pel fet

de no patir cap dolor sever, complex o rar, serà el Metge de Família qui n'haurà de tenir cura. Per tant, caldrà donar formació sobre l'acompanyament al morir i a la mort no només als estudiants que es vulguin especialitzar en Cures Pal·liatives sinó a tots els estudiants de Medicina perquè puguin desenvolupar i aprendre les destreses que es requereixen: coneixement, compassió, sensibilitat i humilitat. Més enllà de coneixements de farmacologia clínica els caldrà també aprendre a entendre i treballar aspectes psicosocials i espirituals de la vida dels pacients i els seus patiments i necessitats.

L'EAPC fa una proposta de currículum per ajudar a millorar l'ensenyament de les Cures Pal·liatives. Els continguts proposats es consideren essencials per tots els graduats en medicina i amb dos propòsits importants: a) aconseguir un canvi d'actitud envers l'atenció a malalts amb malalties severes i terminals i b) adquirir destreses adreçades al treball en equip interprofessional i al tractament de símptomes.

Aportació de les Cures Pal·liatives:

- Proporcionen una millora del dolor i altres símptomes angoixants.
- Afirmen la vida i contempla la mort com un procés normal.
- No intenten ni accelerar ni posposar la mort.
- Integren aspectes psicosocials i espirituals a la cura.
- Ofereixen un sistema de suport per ajudar els pacients a viure tan activament com sigui possible fins la seva mort.
- Ofereixen ajuda a les famílies per poder fer front a la malaltia i al seu propi dol.

- Ofereixen un equip de professionals per donar resposta a les necessitats dels pacients i familiars, inclòs l'acompanyament al dol si cal.
- S'adrecen a millorar la qualitat de vida i a influir positivament en el decurs de la malaltia.
- Poden aplicar-se conjuntament amb altres teràpies per allargar la vida contribuint a millorar la comprensió i el maneig de les complicacions clíniques angoixants.

Els objectius de les Cures Pal·liatives són:

- Mostrar que el tractament mèdic ha d'anar més enllà del diagnòstic i curació i que cal considerar, cuidar i tractar el pacient de forma holística.
- Mostrar com es poden millorar els símptomes (dolor i altres) tant amb mitjans farmacològics com amb altres no farmacològics.
- Mostrar que les Cures Pal·liatives és un procés que no només ha d'incloure intervencions en moments de crisi sinó també un tractament i una atenció preventiva de les necessitats.
- Mostrar que cal adaptar les Cures Pal·liatives a les necessitats individuals, desitjos i valors de cada pacient i dels seus familiars.
- Mostrar que les Cures Pal·liatives només poden tenir èxit si el terapeuta reflecteix en la pràctica la seva pròpia actitud.
- Mostrar que la qualitat del tractament mèdic s'aconsegueix millorant els coneixements però també amb la millora de la competència per treballar en equip, la competència comunicativa i la voluntat per discutir temes ètics<sup>60-64</sup>.

## 2.4 La formació dels Estudiants de Medicina. Competències

En aquest capítol, es pretén realitzar un esbós de com va anar forjant-se, a través del temps, el model de formació del metge que tenim avui en la nostra societat i, també, els canvis que s'han produït per a impartir la seva formació en les facultats de Medicina. A causa dels avenços de la ciència i la tecnificació, especialment en la Medicina, ja comentat en capítols anteriors<sup>43</sup>, els canvis i la transformació del model de metge són més palesos.

Quan ja no serveixen les velles explicacions mitològiques sobre la malaltia i la curació, és a dir, la malaltia entesa com a resultat d'un càstig diví, Hipòcrates (460–370 aC)<sup>65</sup>, de l'escola de Cos, canvia el rumb de la Medicina. Se'l considera el pare de la Medicina científica europea. Segons Laín Entralgo<sup>47</sup>, el metge hipocràtic és un artesà de la Medicina. Un dels grans mèrits d'aquesta és el seu profund respecte per l'home. Per a Hipòcrates la funció del metge ha de basar-se en el coneixement de la naturalesa de l'home i ajudar a restablir el seu equilibri en cas de malaltia. La seva tasca és tenir cura, vetllar, vigilar més que curar.

Ja en temps hipocràtics trobem una sèrie de valors de com ha de ser el metge<sup>66</sup>:

- La prestància del metge resideix en el fet que tingui bon color, sigui robust en la seva aparença, d'acord amb la seva complexió natural. La majoria de la gent opina que els que no tenen el seu cos en bones condicions no es cuiden bé dels aliens.

- En segon lloc, que presenti un aspecte polit, amb un abillament respectable, i perfumat amb unguents de bon aroma, que no ofereixin una olor sospitosa en cap sentit, perquè tot això resulta ser agradable als pacients.
- Quant al seu esperit, l'intel·ligent ha d'observar aquests consells: no només ha de ser callat, sinó, a més, molt ordenat en el seu viure, ja que això té magnífics efectes en la seva reputació.
- I que el seu caràcter sigui el d'una persona de bé, mostrant-se seriós i afectuós amb tothom, perquè l'ésser precipitat i efusiu suscita menyspreu, encara que pugui ser molt útil.
- Que faci el seu examen amb cert aire de superioritat. Doncs això, quan es presenta en rares ocasions davant unes mateixes persones, és apreciat.
- Quant a la seva presència, mostri preocupació al seu rostre, però sense amargor, perquè, en cas contrari, semblarà superb i inhumà; i el que és propens al riure i massa alegre és considerat groller. I això s'ha d'evitar al màxim.
- Sigui just en qualsevol tracte, ja que la justícia li serà de gran ajuda, ja que les relacions entre el metge i els seus pacients no són una cosa d'estar per casa, atès que ells mateixos es posen a les mans dels metges, i a qualsevol hora freqüenten dones, noies joves, i passen al costat d'objectes de moltíssim valor.
- Per tant, s'ha de conservar el seu control davant tot això.

*Andrés Vesalio* (1514-1564), metge que s'inicià en el plantejament tradicional de la Medicina de Galeno i no el va satisfer, completà la seva formació osteològica amb ossos sostrets del cementiri i ajudà a fer algunes disseccions en les quals va participar el seu company Miguel Servet. Fou a finals del segle XIII, quan a Bolonya s'inicià la pràctica regular de la dissecció de cadàvers propagant-se a Pàdua, Montpel·lier i Lleida. Vesalio és l'autor del primer llibre d'anatomia amb il·lustracions, *De Fabrica*, i fou professor de cirurgia i anatomia. Com a ensenyant va trencar amb el mètode didàctic medieval, situant-se junt al cadàver, dissecant i mostrant-se ell mateix directament als alumnes<sup>67-69</sup>.

*Thomas Sydenham* (1642-1689), anomenat l'Hipòcrates anglès, impartí la Medicina a Londres. Insatisfet amb la Medicina del seu temps, proposà un saber exclusivament basat en l'experiència i sempre en estret contacte amb el pacient, consagrant-se més en l'estudi dels símptomes que en el de les teories mèdiques, és a dir, "exposar amb nitidesa els fenòmens de cada malaltia, sense fonamentar-los en cap mena d'hipòtesis ni ajuntar-los de manera forçosa". Insistí en la necessitat d'apartar-se dels prejudicis teòrics quan s'observava els malalts, cenyint-se als fenòmens que poguessin ser recollits i separant clarament els símptomes principals (peculiaris de cada espècie morbosa i que es presenten de forma constant en tots els malalts que la pateixen) dels símptomes secundaris o accidentals (que depenen de circumstàncies concretes com el tractament que han rebut, l'edat del malalt, el seu estat general, etc.)<sup>70</sup>.

Revisant la història de la Medicina, ens adonem de la quantitat de temps que s'ha necessitat per a passar d'un diagnòstic només fixat en la malaltia, és a dir, uns òrgans que funcionen irregularment, a l'atenció a una persona que pateix una malaltia i que no deixa de ser-ho pel fet d'estar malalta. Aquest canvi ha provocat la fita per a que els futurs metges arribin a poder exercir no només la Medicina sinó l'art de la Medicina *-doctoring-*. Les Humanitats Mèdiques han sorgit per a ajudar els metges a poder continuar fent el que feien encara que d'una manera més humana i sent bons metges. Ambdós costats de la Medicina -el biomèdic i l'humà- poden estar units i ajudarien a una visió més perspicaç del pacient, del metge i de la sanitat, i una reforçada capacitats per a sanar, alleugerir i confortar<sup>71</sup>.

*William Osler* (1849–1919), considerat com el pare de la Formació Mèdica Moderna, va escriure el text de Medicina "Aequanimitas". Aquest autor destaca per les seves habilitats clíniques, la seva personalitat i les seves contribucions humanístiques. El més destacable de les seves aportacions són dos conceptes, impertorbabilitat i equanimitat, a través dels quals explica com ha de ser el metge. Per impertorbabilitat entenia "fredor i presència d'ànim en totes les circumstàncies, calma enmig de la tempesta, claredat de judici en moments de gran perill, estable i impassible". En un context mèdic, significa que el metge no s'ha d'influenciar per la seva implicació emocional amb el pacient i la seva angoixa ja que podrien pertorbar el criteri mèdic. El metge ideal és aquell que pot mantenir l'equilibri en el tracte amb la devastació de la malaltia en els altres i, també, amb ell mateix i els seus problemes personals.

Equanimitat significa la calma, la paciència, la bondat, fins i tot, geni, bones formes, autocontrol i la imparcialitat. Explica que una de les premisses essencials en l'obtenció d'equanimitat, bon caràcter, és no esperar massa de les persones. Justifica l'equanimitat com “la vida tranquil·la que necessita un treball continu per a un alt propòsit”<sup>72,73</sup>. Detallem les característiques que Osler considera que ha de tenir un professional a la Taula 2.

**Taula 2.-** Característiques que ha de tenir un professional de la Medicina segons Osler<sup>73</sup>

<b>Impertorbabilitat</b>	Capacitat de mantenir una calma extrema
<b>Aplom</b>	Autocontrol en situacions difícils a fi de ser capaç de dir i fer el correcte
<b>Idees clares</b>	Capacitat de formar-se una opinió fonamentada que sigui intel·ligible i sense ambigüitats
<b>Capacitat per a tolerar la frustració</b>	Capacitat de mantenir-se ferm i afrontar la inseguretat i la insatisfacció
<b>Paciència infinita</b>	Capacitat il·limitada per a suportar el dolor i sofriment sense alterar-se
<b>Caritat cap al proïsme</b>	Generositat i predisposició per ajudar
<b>Cerca de la veritat absoluta</b>	Investigació dels fets i explorar la realitat
<b>Bones formes</b>	Moderació en les idees, els modals i l'aparença
<b>Valentia</b>	Coratge per afrontar o suportar els fets
<b>Tenacitat</b>	Persistència en la persecució dels objectius i en l'adhesió a quelcom que es considera valuós
<b>Idealisme</b>	Formació de criteris i ideals i adopció d'aquests en la vida diària
<b>Equanimitat</b>	Capacitat de resoldre situacions com un temperament impertorbable i equitatiu

“The secret of the care of the patient is in caring for the patient.”, Peabody  
 (“El secret del guariment del pacient consisteix a tenir cura del pacient.”)



Aquesta frase de *Francis W. Peabody* (1881-1927), metge, investigador i professor, mostra com l'autor entén la Medicina. L'exercici de la Medicina no és un negoci, sinó una professió en la qual tenir cura de l'altre n'és el més important<sup>74,75</sup>.

Peabody en "The care of the patient"<sup>2</sup> exposa que la Medicina no és un ofici que cal aprendre, sinó una professió a la que cal introduir-se, ja que abasta un camp molt ampli que requereix un estudi continuat i una llarga experiència consistent en el contacte molt proper amb el malalt.

Segons refereix aquest autor, la crítica que fan dels metges, que ja fa anys exerceixen la professió, als que surten de la facultat, és que han après molt sobre el desenvolupament de la malaltia, però molt poc sobre la pràctica de la Medicina. Dit d'una altra manera, els novells són molt científics, però no saben tenir cura dels malalts. Evidentment no es pot esperar que en pocs cursos s'esdevingui un metge professional i amb habilitats ja que els aprenentatges cal interioritzar-los i, a més a més, correlacionar-los amb el coneixement. Segons Peabody, quan aquest pas ja s'ha assolit, fer un diagnòstic i un tractament de la malaltia esdevé senzill ja que és aplicar els principis de la ciència al tractament; encara que cal adonar-se que el diagnòstic d'una malaltia és només un aspecte limitat de la pràctica de la Medicina. La Medicina, en el sentit més ampli, inclou la total i completa relació del metge i el malalt. És un art basat en unes complexes ciències mèdiques i, alhora, comprèn molt més que queda fora de l'àmbit de qualsevol ciència. L'art de la Medicina i la ciència mèdica no són

antagòniques, són suplementàries. Una bona pràctica mèdica pressuposa una comprensió de la ciència, encara que necessita un bagatge més ampli.

Peabody fa constar que hi ha unes dificultats que s'afegeixen a l'aprenentatge de l'acte mèdic, especialment a l'hora de transmetre els coneixements. Quan un professor està ensenyant, les condicions en les quals es troba, sempre seran diferents a les condicions en què es fa la pràctica real. D'altra banda, assenyala que la dificultat més palesa és que la instrucció es duu a terme, en gran mesura, en les sales dels hospitals i dispensaris en lloc de la casa del malalt o a la consulta del metge.

L'essència de la pràctica de la Medicina rau en la important i intensa relació personal que sempre esdevé impersonal, pel lloc on es realitza o per la seva desubicació. Encara que és difícil de poder separar i comprendre, el tractament de la malaltia pot ser totalment impersonal, encara que la cura del pacient ha de ser totalment personal. “Quan parlem d'un quadre clínic no ens referim a la fotografia d'un home malalt al llit, sinó a la pintura impressionista d'un pacient en l'entorn de casa seva, amb el seu treball, les relacions amb els seus amics, les seves alegries, les seves preocupacions, esperances i pors”.

Continuant amb la relació metge-pacient, proposa que ha de ser propera, especialment per a fer un diagnòstic i, encara més, per a fer el tractament ja que existeixen uns processos patològics i uns processos intel·lectuals, propis del pacient, que cal apreciar i considerar. En malalties molt serioses el metge

es pot centrar només en el diagnòstic i en el tractament, però, passada la situació crítica, s'ha de pensar en el pacient.

El bon professional ha de tenir una qualitat essencial i és l'interès per la humanitat i el bon metge ha de conèixer el pacient des de tots els angles i per això es necessita temps, simpatia i comprensió dispensats profusament. Ens trobem amb la proclamació de la Medicina basada en la persona, per això afegeix que el quadre clínic del pacient ha de comprendre el malalt com un tot. És a dir, la persona en totes les seves dimensions: física, psicològica, social, mental i espiritual. Valora que la Medicina com a art recompensa i satisfà el professional pel vincle que s'estableix amb el pacient. Això ho diu quan la tecnologia mèdica estava desenvolupant-se acceleradament i se centrava més en la malaltia que en el pacient.

Més endavant, destaca *Albert Jovell* (1962-2013) que va ser alhora metge i pacient. El fet d'haver estat en ambdós bàndols de la Medicina, li va donar l'oportunitat de convertir el seus coneixements mèdics i la seva experiència de malalt en una eina per a millorar la relació entre metge-pacient, sempre en defensa de la sanitat pública. Va fundar i dirigir l'Institut Global de Salut Pública i Política Sanitària de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) i va crear el model sanitari "Afectiu – Efectiu". En "El pacient del segle XXI" constata el canvi sense precedents de la societat, que en la sanitat es tradueix en un nou model de pacients més informat i amb unes majors expectatives, per la qual cosa es requereix augmentar la consciència social i individual de les persones com a agents de salut i com a usuaris responsables i, d'altra banda, es

necessita adaptar els sistemes sanitaris a les noves necessitats generades per un nou model d'usuari<sup>76</sup>. Des de la vessant de pacient diu com ha de ser el metge: “necessitem metges que atenguin, confortin, tinguin cura i coordinin les nostres necessitats assistencials sanitàries. Amb això contribuiran al desenvolupament d'un sistema sanitari que faci la vida del malalt més humana i digna”<sup>77</sup>.

*Arcadi Gual*, actual Director de la Fundació Educació Mèdica (FEM) i professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, intentant compaginar la Medicina, amb la tecnologia, la crisi econòmica i el bon fer, i sortint al pas a l'èmfasi que en els últims anys s'ha posat en la paraula excel·lència que és cap a on es vol tendir, diu que “una universitat, si es tracta d'una universitat, ha de ser o ha de tendir cap a l'excel·lència. És inherent”. I afegeix que “l'excel·lència és el resultat d'una contínua lluita col·lectiva que es basa en el sacrifici, imaginació i talent compartit”<sup>78</sup>.

Amb *Albert Oriol*, elaboren un decàleg de com ha de ser un metge en l'actual societat:

1. Un metge que *tracti pacients*, no malalties, és a dir, que adapti les entitats nosològiques al context individual del pacient i el faci participar en les decisions relatives al tractament de les seves malalties.
2. Un metge que adopti una *aproximació crítica* i sigui capaç d'exercir la seva professió en circumstàncies d'ambigüitat e incertesa.
3. Un metge *comunicatiu i empàtic*, capaç d'establir una excel·lent relació amb el seu malalt i guanyar la seva confiança.

4. Un metge *responsable individualment i social*, conscient dels límits de la Medicina i capaç de comunicar als seus pacients lo inevitable de la malaltia i de la mort.
5. Un metge capaç de prendre *bones decisions* tant per al malalt como per al sistema sanitari, és a dir, que sàpiga conciliar els costos i els beneficis.
6. Un metge capaç de *liderar un equip mèdic* i que eviti la fragmentació de l'atenció sanitària.
7. Un metge *competent*, capaç i segur.
8. Un metge *honest i digne de confiança* que mitjançant l'adequada transparència resolgui els conflictes d'interès derivats de les influències externes.
9. Un metge *compromès*, tant amb els pacients como amb les organitzacions sanitàries.
10. Un metge que sigui *exemple de professionalisme*, o sigui, que sense renunciar als drets de gaudir del merescut descans i d'una vida familiar digna, assumeixi la seva professió amb sentit vocacional<sup>79,80</sup>.

El Royal College of Physicians and Surgeons of Canada és qui accepta i advoca com ha de ser el metge del proper mil·lenni. Ho plasma en "Habilitats necessàries per al nou mil·lenni: informe del grup de treball sobre les necessitat socials. Projecte CanMeds"<sup>81,82</sup>, esbossa un marc de competències que ajudaran els futurs especialistes en educació mèdica en els reptes que com a professionals de la salut es trobaran. Hauran de treballar en un sistema d'atenció sanitària en constant moviment i enfrontats a restriccions econòmiques cada vegada més grans, alhora que hauran de seguir proporcionant la millor assistència especialitzada possible. L'objectiu del

projecte CanMEDS és el de posar de manifest els objectius i les estratègies d'aprenentatge d'aquestes competències, consolidant-les i organitzant-les en un marc uniforme que pugui concretar-se a nivell nacional i plasmar-se en tots els plans d'estudi de les especialitats mèdiques<sup>81</sup>. A la Taula 3 es descriuen les competències que capacitaran l'Estudiant de Medicina com a bon metge.

**Taula 3.-** Marc de competències del projecte CanMeds<sup>82</sup>

<b>Rols</b>	<b>Competències Clau. L'especialista ha de ser capaç de...</b>
<b>Especialista expert</b>	<p>...demostrar habilitats terapèutiques i diagnòstiques per atendre el pacient de forma ètica i eficaç.</p> <p>...accedir a la informació pertinent i aplicar-la a la pràctica clínica.</p> <p>...demostrar la seva capacitat com a consultor respecte a l'atenció sanitària, l'educació sanitària i l'assessoria legal.</p>
<b>Comunicador</b>	<p>...establir una relació terapèutica amb els pacients i amb les seves famílies.</p> <p>...obtenir i sintetitzar la història clínica a partir dels pacients, de les famílies i de la col·lectivitat.</p> <p>...escoltar amb eficàcia.</p> <p>...tractar la informació apropiada, tant amb els pacients i les seves famílies com amb l'equip d'atenció sanitària.</p>
<b>Col·laborador</b>	<p>...consultar eficaçment amb altres metges i professionals sanitaris.</p> <p>...contribuir eficaçment a altres activitats de l'equip multidisciplinari.</p>
<b>Gestor</b>	<p>...utilitzar els recursos de forma eficaç per atènyer un equilibri entre l'assistència al pacient, les necessitats de l'aprenentatge i les activitats externes.</p> <p>...distribuir prudentment els recursos sanitaris limitats.</p> <p>...treballar de forma eficaç i eficient en una organització sanitària.</p> <p>...utilitzar la tecnologia per a optimitzar l'atenció als pacients, l'aprenentatge continuat i altres activitats.</p>
<b>Defensor de la Salut</b>	<p>...identificar els elements determinants de la salut que afectin els pacients.</p> <p>...contribuir de manera eficaç a millorar la salut dels pacients i de les comunitats.</p> <p>...reconèixer i respondre davant dels problemes que calgui defensar.</p>
<b>Estudiós</b>	<p>...desenvolupar, aplicar i supervisar una estratègia personalitzada de formació continuada.</p> <p>...avaluar de forma crítica les fonts d'informació mèdica.</p> <p>...facilitar l'aprenentatge dels pacients, del personal, dels estudiants i d'altres professionals sanitaris.</p>

---

	...contribuir al desenvolupament de nous coneixements.
<b>Professional</b>	...prestar una atenció sanitària de la millor qualitat possible, amb integritat, honestedat i compassió. ...demostrar una conducta professional apropiada personal i interpersonal. ...exercir la Medicina de forma ètica, d'acord amb les obligacions pròpies d'un metge.

---

El grau de professionalitat dels docents, les seves ànsies de millora i el sentir-se ensenyants dels futurs professionals de la Medicina són signes d'esperança que els Estudiants de Medicina arribaran a atènyer les habilitats necessàries que els permetran ser uns bons metges. Així ens ho ressalta l'estudi "Ensenyar a ser metges"<sup>83</sup>, realitzat al professorat implicat en l'ensenyament de la clínica pràctica dels hospitals universitaris adscrits a la Universitat Complutense. Els resultats de l'estudi diuen que la motivació i el reconeixement acadèmic ocupen el primer lloc en els professionals, així com l'interès per a participar en les activitats d'innovació docent. Per contra, ressalten que la motivació econòmica no és la fonamental ni tan sols la més freqüent en els docents.

A Europa, la implementació del nou pla d'estudis *The Bachelor and Master structure in Medicine - Statement of Beliefs - Bolonya*<sup>84</sup>, també està enfocat perquè els Estudiants de Medicina puguin adquirir totes aquelles competències que els ajudin a fer una atenció sanitària de qualitat i adaptada al canvis socials i tecnològics. També, el fet que les facultats de Medicina d'arreu d'Europa segueixin el mateix currículum, permet als estudiants una mobilitat que ajudarà, encara més, a formar-se tant acadèmicament com personalment.

Aquests canvis en les finalitats de la Medicina per adaptar-se a la societat actual no només es proposen a Europa i als Estats Units, sinó arreu del món.

Així trobem que Frenk et al.<sup>85</sup>, a Perú, han fet un estudi que explica a bastament l'estat en la qual es troba la sanitat al seu país. Diu que malgrat tots els esforços que es fan i els bon propòsits, no tot està funcionant tant pels nous riscos infecciosos, ambientals i de comportament, en un moment de ràpides transicions demogràfiques i epidemiològiques, com pel complex i costós sistema sanitari d'arreu. Afegeixen que la formació professional no ha seguit el ritme d'aquests desafiaments, en gran part a causa dels plans d'estudi fragmentat i sense treball en equip. I afegeixen les mateixes realitats que ens trobem a l'altre costat del continent. També van crear comissió d'experts multidisciplinaris i multiprofessionals que van, especialment, ressaltar la mala distribució de professionals i escoles sanitàries tant en un mateix país com entre els diferents països. Xina, Índia, Brasil i Estats Units tenen cadascun més de 150 escoles de Medicina, mentre que 36 països no tenen escoles de Medicina en absolut. 26 països de l'Àfrica subsahariana en tenen una o cap. Fa un a especial menció en la necessitat de formar els estudiants socialitzant-los a través de valors. I Modi et al.<sup>86</sup>, a l'Índia, a l'igual que a altres parts del món, consideren que els metges no aconsegueixen satisfer les necessitats de salut de la societat. És per això que consideren orientar els estudis de la formació mèdica cap al desenvolupament de les competències.

#### **2.4.1 La Bioètica**

Com a prèvia direm que a la Universitat de Lleida, arran del Pla d'Estudis de 1993 (aprovat en la Resolució 4096 de 12 de novembre de 1993 de la Universitat de Lleida per la qual es publica el pla d'estudis per a la obtenció del títol de Llicenciat en Medicina, BOE núm. 45/1994; veure Annex 8) que establia



la possibilitat que les facultats fixessin matèries obligatòries per tal de singularitzar el seu currículum amb l'objectiu que l'estudiant pogués personalitzar la seva formació, la Facultat de Medicina aprovà introduir la Bioètica com a obligatòria d'universitat per a tots els estudiants. Aquesta matèria, només estava implementada en tres facultats de Medicina de tot el territori espanyol: la Universitat Complutense de Madrid, que la impartia a 1r curs, introduïda pel Dr. Diego Gracia, la Universitat de Sevilla, inserida per Medicina legal i la Universitat de Lleida, que es donava a 6è curs i fou el Dr. Joan Viñas i Salas qui la implementà, des del departament de cirurgia. Es van implantar altres matèries optatives, també amb caràcter humanístic, com Origen i Evolució de l'Esser Humà, Ecologia Humana i l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, totes en el currículum dels Estudiants de Medicina. El canvi curricular va ser amb la implementació del Pla d'Estudis Bolonya l'any 2008, amb més assignatures d'humanitats i, especialment, amb les Cures Pal·liatives (*ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico*, publicada al BOE núm 40/2008 de 15 de febrer de 2008; vegeu Annex 8).

Per a emmarcar la Bioètica, es presenta la definició de Francesc Abel<sup>87</sup>, pioner en la seva introducció a Europa. "Estudi interdisciplinari dels problemes creats pel progrés biològic i mèdic, tant a nivell microsocial com a nivell macrosocial, i la seva repercussió en la societat i en el seu sistema de valors, tant en el moment present com en el futur". Simplificant-ho, tal com el seu nom indica, és l'ètica aplicada a la Medicina i ciències biomèdiques.

Un dels aprenentatges importants que la conformen és la deliberació, especialment necessària en els punts conflictius que hom es pot trobar en determinades situacions. Deliberar ajuda a aprendre a trobar noves respostes a velles preguntes i considerar noves preguntes que requereixen noves respostes per tal de recuperar l'humanisme en la professió sanitària. L'ètica mena a la reflexió crítica i racional sobre la moral. I la moral, a la vegada, és la vivència i l'adhesió a uns valors, unes normes i uns principis que fa que jutgem una acció com a bona o com a dolenta. Amb altres paraules, des de la moral ens preguntem què hem de fer i des de l'ètica la pregunta seria perquè ho hem de fer. La moral no és sempre igual ni tampoc igual per a tots ja que dependrà de les diferents cultures i dels valors imperants en un temps concret. Es podria dir que l'ètica seria la moral pensada que implica un distanciament crític i racional de la realitat o d'una situació específica. L'ètica pressuposa i enclou cosmovisions neutres o conciliables amb un mètode deliberatiu que concita el diàleg.

Fent la diferència entre ètica i llei, aquesta seria el marc global i l'ètica permetria la fonamentació i la reflexió global i també dels casos particulars. L'Ètica Mèdica és una manera d'entendre i practicar l'assistència sanitària, basada en principis i valors. Per a ser metge cal tenir uns coneixements, unes habilitats, una acceptació del codi deontològic i unes actituds i valors específics. Els coneixements i les habilitats s'aprenen a l'escola de Medicina, el codi el regeix el col·legi de metges. La pregunta és, com es fa l'aprenentatge dels valors i les actituds? És només a través del frec a frec amb el metge que

toca en sort en les pràctiques? Caldria fer esment al currículum ocult i no sempre ajuda a l'estudiant a reafirmar els seus valors i creences. Fem un apunt a través d'articles que han investigat sobre l'existència d'aquest i de les conseqüències que d'ell se'n desprenen.

“Els metges en formació observen contradiccions, entre els valors que es proclamen a l'ensenyança formal i els que són estimulats a la pràctica pel currículum ocult i el funcionament dels serveis sanitaris” El metge no se sent bé i es troba molest quan s'enfronta a expectatives irreal dels seus pacients. És gairebé inevitable que el metge quan es troba ansiós per situacions de patiment mantingut pugui tenir actituds de defensa. Les estratègies vinculades a la capacitat d'introspecció i d'autoconeixement poden ajudar a que el desgast del metge sigui menor, encara que li permetran desenvolupar el seu paper d'agent terapèutic amb els pacients i alhora adonar-se de les seves capacitats i del seu possible desgast. Aquest autoconeixement del metge, que no entra en l'ensenyament formal de l'ètica, és encara més important. També s'hauria de replantejar la formació en l'àrea metge-pacient, aprofundint en la comunicació. Darrerament, s'han introduït en les facultats de Medicina matèries de comunicació, com fer entrevistes que poden ajudar en la relació metge-pacient, encara que seria bo introduir una formació eficaç i pràctica centrada en el foment de l'autoconeixement de la persona, adoptant models integradors. Estar capacitat el metge per a entendre les reaccions del pacient, passa per explorar i comprendre primerament les seves<sup>88</sup>.

En un estudi qualitatiu fet al Canadà amb alumnes de Medicina s'examina com aquests perceben, capten i viuen les actituds, els comportaments i els valors dels docents. A voltes s'adonen que, en la pràctica diària de la Medicina, entren en contradicció amb els que s'imparteixen en la seva formació. Aquest currículum ocult pot influenciar l'estudiant i també pot ser font d'inspiració per a repensar els seus valors i les seves creences<sup>89</sup>.

Ens haurem d'endinsar en el món de les competències per a poder bastir al futur metge de tot el que necessitarà per a ser un bon metge, a més a més de ser un metge bo. Consultant els "Enfocaments Educatius" trobem que el concepte de competència és multidimensional i inclou diferents nivells com saber (dades, conceptes, coneixements), saber fer (habilitats, destreses, mètodes d'actuació), saber ser (actituds i valors que guien el comportament) i saber estar (capacitats relacionada amb la comunicació interpersonal i el treball cooperatiu). En altres paraules, la competència és la capacitat d'un bon acompliment en contextos complexos i autèntics. Es basa en la integració i activació de coneixements, habilitats, destreses, actituds i valors.

Així, doncs, també l'estudiant de Medicina haurà de fer l'aprenentatge de les competències que conformaran la seva professió: el metge ha de saber, ha de saber fer, ha de saber ser i ha de saber estar. El saber i el saber fer, des de ja fa molt de temps, s'imparteixen a la facultat. Però ningú no ensenya formalment a saber ser i saber estar.

*Quant a saber ser*, hem de partir primer dels objectius de la Medicina<sup>90</sup>:  
prevenció de la malaltia i de les lesions; promoció i manteniment de la salut;  
alleugerir el dolor i el sofriment produït per la malaltia; guarir dins de les  
possibilitats; tenir cura de tots els pacients; evitar la mort prematura; intentar  
una mort plàcida.

El que el metge pot fer o farà, en la seva quotidianitat, amb el pacient és:

tenir-ne cura, alleugerir-lo i acompanyar-lo.

La formació en l'escola de Medicina per a tenir cura del pacient està garantida amb el diagnòstic i el tractament. Alleugerir el pacient d'un dolor agut, també amb fàrmacs, encara que hem anat veient que hi ha patiments als quals els tractaments convencionals no treuen el dolor. I, endemés, el metge no sap com acostar-s'hi perquè no se l'ha format en aquest camp. Tampoc no hem estat formats per a acompanyar, encara que, a voltes, si s'ha pogut treballar en un equip multidisciplinari i multiprofessional, se'n pot tenir una lleugera idea, i, també hi pot ajudar, com hagin estat els docents en les seves pràctiques.

El que farà el metge, també es pot dir amb l'aforisme clàssic i àmpliament repetit:

*guarir, a vegades; millorar, sovint; confortar, sempre*<sup>91</sup>

I amb paraules de Laín Entralgo<sup>47</sup>:

*Consolar és l'art de baratar la solitud desolada i aflictiva  
en solitud convivent i acompanyada.*

Continuant amb el *saber ser*, cal fer una clarificació dels valors partint de la pròpia persona: quins valors l'abellen, les seves prioritats, el sentit del seu viure, les actituds que la conformen, els prejudicis que té i, també, els estereotips.

Quant al *saber estar*, en temps d'Hipòcrates ja s'explicitava com s'havia de presentar el metge, què havien de veure els altres en ell, etc. Queda recollit a l'inici d'aquest capítol. El saber d'estar no és només quelcom exterior de la persona, sinó com la persona, en aquest cas el metge, es desenvolupa en una situació concreta. Ros<sup>92</sup> en el seu treball d'adquisició de les competències per a ser professionals de Medicina de família, parla de la necessitat de tenir una bona competència emocional per a poder estar bé amb els altres, especialment amb els que pateixen. També expressa la necessitat de saber detectar i analitzar les pròpies emocions i sentiments com a pas previ a poder-les treballar. Diu que per aconseguir-ho es necessita una bona dosi de coratge.

Borrell<sup>93</sup> afegeix que la capacitat d'adonar-nos d'una emoció o sentiment comença a ser el tenir-ne consciència que hi és i de com és. Aleshores, s'esdevé allò que fem amb aquest sentiment o emoció. Hi ha estratègies per anul·lar-la, si realment no sabem què fer amb ella o no ens agrada. Dependrà de com es faci per esdevenir "sord emocional" o no. Tizón<sup>94</sup> proposa, per aprendre a saber estar, el tema de "veure'ns mentre actuem", "observar-nos mentre observem la realitat": desdoblar-nos. Posa en relleu que, quan explica aquest "desdoblament analític" a metges i infermeres en etapa formativa, es rep amb escepticisme, com si això suposés una certa minva en l'espontaneïtat.

Ans al contrari, resulta que, a cada acció, no esdevé només una reacció, sinó que, en el pla de la nostra consciència, apareixen diverses possibles respostes. Algunes d'aquestes són les que “sentim” més. Altres, en canvi, venen com a respostes possibles, però més remotes, més allunyades del que “ens surt de dins de fer”. Aleshores és quan projectem aquestes possibilitats sobre allò que pot ocórrer. Continua Tizón que els professionals de la salut són símbols poderosos que els pacients interioritzen per a utilitzar-los en els seus diàlegs interns. Quan se'ls renya, anirà apareixent en els seus diàlegs interiors que se'ls ha renyat i qui l'ha renyat. Aquesta situació pot durar temps i temps. El mateix passa quan es conforta, també el metge apareix confortant.

El pacient endevina, pel posat del metge, que les coses no funcionen bé, i potser ho farà per un petit signe comunicatiu tan fugisser com una mirada., Aquest petit signe es pot anar amplificant una i altra vegada en diàlegs que el moguin a la por i àdhuc a la desesperació. Per això s'ha d'anar molt en compte amb tots els indicis que el metge pugui donar i, sobretot, en la imatge que el pacient integrarà.

Borrell<sup>93</sup>, conclou: quan pensem que “ja ho fem bé”, i que ja hem madurat prou i som bons professionals, la nostra excel·lència comença a decreïxer.

Per a tancar aquest capítol, veient que el treball de les emocions és important per adquirir la competència de saber estar i que invita a un treball personal i profund, caldria esmentar a Viktor Frankl<sup>95</sup> (1905-1997), neuròleg, psiquiatra i filòsof d'origen jueu creador de la “logoteràpia”. És un mètode psicoterapèutic

que es basa en la recerca del sentit. El va escriure després de sobreviure l'Holocaust on van morir la seva dona i els seus pares. En "L'home a la recerca de sentit" exposa que, fins i tot en les condicions més extremes de deshumanització i sofriment, l'home ha de trobar una raó per a viure, basada en la seva dimensió espiritual. Sense ella es produeix un col·lapse interior que pot conduir a l'home al buit existencial o bé a la mort.

L'Estudiant de Medicina, futur metge, estarà exposat a situacions, a voltes, extremes que el poden fer vulnerable per la vivència del patiment aliè.

"L'apatia pot ser superada, la irritabilitat pot ser reprimida; o sigui que, exteriorment i interiorment, subsisteixen vestigis d'una llibertat espiritual, d'una actitud lliure del jo en relació amb l'entorn fins i tot en aquesta situació de constrenyiment aparentment absolut." ... "Al camp de concentració t'ho poden prendre tot menys una cosa: l'últim vestigi de llibertat per adoptar una actitud o una altra davant determinades condicions".

Frankl un dia, nu i sol en una petita habitació, va començar a prendre consciència del que va anomenar "llibertat última". Els qui l'empresonaven tenien més llibertat exterior però ell tenia més llibertat interior, més poder intern per decidir com li podia afectar tot allò. Entre l'estímul i la resposta, l'ésser humà té la llibertat d'escollir. Aquest va ser el seu gran descobriment.

"Comprenc que l'home, quan ja no li queda res en aquest món, pot ser feliç, encara que només sigui uns instants." ... "l'ésser humà és capaç de sentir-se



sadollat mirant amorosament, contemplant, la imatge mental de l'èsser estimat que du amb ell.”

## **2.5 Els Estudiants de Medicina enfront del Patiment i de la Mort**

S'ha anat descrivint, en capítols anteriors, que els estudiants de Medicina a l'igual que tots els professionals del món de la sanitat, viuen en contacte directe amb el Sofriment i, sovint, amb la Mort. S'ha valorat, també, la complexitat de la seva professió, especialment, quan es vol que sigui al més personalitzada i humana possible. S'ha constatat que la societat en què els estudiants viuen, gira l'esquena a la mort i al patiment. Aquesta realitat no ajuda l'estudiant ni tampoc els mateixos professionals. Encara més, els dificulta en la seva tasca perquè no tenen eines ni estan preparats per afrontar quelcom que no coneixen, ja que per la seva joventut és possible que mai no hagin sofert una greu malaltia, ni tampoc no hagin viscut mai la mort d'un ésser estimat.

Per a exercir la Medicina i també en el temps del seu aprenentatge, és necessari tenir el cap molt clar per a distingir, diferenciar i diagnosticar la malaltia que està patint el pacient, al mateix temps que es palpa el seu sofriment. El professional no només és espectador d'aquest dolor, sinó que aquest el toca; per la qual cosa, passa també a ser-ne actor d'aquesta escena. Escena en la qual ell en forma part. No pot escapolar-se'n. A més a més, pel jurament hipocràtic, ha d'estar allí tenint cura d'aquella persona encara que sàpiga que el final serà la mort.

Cal que la facultat de Medicina basteixi els seus estudiants per a poder adquirir les competències necessàries per a exercir la professió dignament, saludable i autèntica, sense que vagi en detriment seu.

En tota situació de patiment, la persona es fa vulnerable, pot no saber com gestionar les seves emocions i, a la llarga, pot afectar la seva pròpia salut. Hi ha moltes maneres de reaccionar, encara que, bàsicament anant als extrems, siguin dues. Una escapolar-se de l'afrontament al dolor, que pot derivar en el que deia Loayssa<sup>88</sup> en l'article "Per què alguns metges es tornen poc ètics, malvats, amb els seus pacients?", esmentat en l'apartat anterior. Una altra fent-li front i acompanyant. En aquest article es comenta alguna de les causes que poden provocar i explicar com alguns professionals sanitaris, malgrat ésser altament vocacionals, arriben a desenvolupar conductes que es podrien definir com a poc ètiques, entre les quals serien les primeres experiències de contacte amb patiment i mort i la manca d'estratègies d'afrontament.

Per acomplir un dels objectius primordials de la Medicina, com és ajudar a morir en pau, cal que coneguem com els estudiants de Medicina afronten el patiment i la mort per a poder, si s'escau, ampliar la seva formació en les competències que pertocquen als professionals de la Medicina que li facilitaran el saber ser un bon metge i el saber estar com a metge en una situació punyent sense sortir-ne damnificat. Ans al contrari, creixent com a persona per a poder tenir cura, encara més, de l'altre en totes les seves dimensions i tractant-lo amb dignitat que encara el dignificarà més.

Com ja s'ha dit anteriorment, la tendència de la Medicina moderna hauria de tenir no només l'objectiu d'evitar la mort sinó també la finalitat d'ajudar la humanitat a morir en pau. Dues fites amb la mateixa rellevància. Va ser, doncs, el passat segle, en el 4t quartil, que es va iniciar la cerca vers la mort i el morir. Més endavant, a finals dels 90, van començar els primers estudis sobre com els Estudiants de Medicina afrontaven el Sofriment i la Mort.

Els estudis que fan referència a les actituds dels Estudiants de Medicina cap al Sofriment i la Mort els agrupem per les relacions que poden tenir entre si, tot i que alguns podrien estar en més d'un grup.

### **2.5.1 Estudiants de Medicina i actituds cap a la Mort**

Diversos autors, entre ells Wagner,<sup>96</sup> mesuren les actituds dels metges, infermeres i (101) estudiants de Medicina cap al plor, als hospitals de Sidney. Els resultats són que el plor és freqüent en els hospitals; el 57% dels metges, el 76% de les infermeres i el 31% dels estudiants de Medicina han plorat a la feina de l'hospital com a mínim una vegada. Les probabilitats de plorar de les infermeres augmenta significativament, mentre que entre els estudiants de Medicina se'n redueix significativament la probabilitat. El plor per als estudiants de Medicina té un major percentatge de conseqüències socials negatives per la por a ser ridiculitzat. Tots els enquestats el plor l'identifiquen i l'uneixen al sofriment dels pacients que moren o al de les seves famílies. Per als pacients veure els professionals plorar ho vivien com a una resposta saludable i com a signe d'empatia. Al voltant d'un terç dels enquestats estan interessats a tenir ajuda psicològica per a explorar les seves pròpies reaccions emocionals. Com

a conclusió que aquest estudi suggereix que el tema del "plorar" s'han d'incloure en la formació mèdica i que s'hauria de preveure donar suport emocional al personal mèdic dels hospitals.

Quan hi ha el plantejament d'introduir les cures pal·liatives al final de la vida i entenent que l'àmbit i l'abast d'aquestes és molt més que realitzar un simple estudi sobre l'afectació d'òrgans i com tractar-los, estudien com treballar amb els estudiants de Medicina les seves actituds cap al Sofriment i la Mort.

Ross et al.<sup>97</sup>, en voler introduir Cures Pal·liatives a una l'escola de Medicina de Maryland, creen un mòdul que incorporen en el curs d'Introducció a la Pràctica Clínica als estudiants de Medicina de primer any. Es titula "El paper i la responsabilitat del metge de pal·liatius i l'atenció al final de la vida: enfocament d'equip interdisciplinari". Es passa el vídeo de 30 minuts "Més enllà de guarir, tenir cura". Es fan petits grups per a discutir un cas il·lustratiu hipotètic. Després, es passa una enquesta. Els resultats són que la majoria dels estudiants estan d'acord a tenir cura dels moribunds i creuen que podria ser una experiència gratificant per al metge (72%) i que el cas els havia ajudat a comprendre el paper del metge (93%). En general, el 82% volia aprendre més sobre el tema.

Amb la intenció d'avaluar i comparar les experiències i l'educació en Cures Pal·liatives dels estudiants de Medicina del Regne Unit amb els estudiants de Medicina dels Estats Units, Hammel et al.<sup>63</sup> troben que els estudiants britànics tenen més formació en Cures Pal·liatives, una major formació educativa en

temes específics de final de la vida i una major preparació per a la cura dels pacients al final de la vida. Sembla que tenen una cultura dins de Medicina més favorable cap les cures pal·liatives i unes actituds més acord per a donar més suport a aquestes. Conclouen que l'educació de Cures Pal·liatives, des de la perspectiva dels estudiants de Medicina, sembla ser més eficaç a Gran Bretanya que als Estats Units. Suggereixen tres canvis per millorar l'educació nord-americana cures pal·liatives dels estudiants de Medicina: augmentar les hores de formació en les cures pal·liatives, proporcionar el major nombre de models a seguir de la Medicina pal·liativa, i crear serveis de Medicina pal·liativa acadèmicament sòlits per a dirigir i donar suport a aquests avenços.

Per tal de valorar com els estudiants de Medicina de l'últim any de la carrera d'una universitat de Veneçuela assumeixen la situació del morir i la mort i com estan preparats per al seu afrontament, Cardozo et al.<sup>98</sup> fan un estudi observacional amb 61 voluntaris. El 82,7% dels estudiants pensen sovint que enfrontaran la mort en la seva professió. Encara que el 78,7% defineix la mort com una cosa natural, el 40,4% tendeix a la seva negació, tot i haver-la viscut en algun familiar el 73,8%. Un 51,78% i un 57,9% manifesta no estar preparat davant la mort d'un familiar o d'un pacient, respectivament; el 90% creu necessari rebre formació sobre la Mort i el Morir ja a preclínica, mentre que el 67,2% dóna suport a la pràctica de l'Eutanàsia. Conclouen que hi ha una tendència en els estudiants a pensar que enfrontaran la mort en la seva professió; encara que manifesten no estar preparats per a afrontar la d'un familiar. Treballar en equip, per la complexitat del tema, fa que els estudiants se sentin més segurs.

Amb les ganes de saber si tots els professionals sanitaris que treballen als hospitals tenen la mateixa ansietat cap a la mort, Zana et al.<sup>99</sup> examinen l'associació entre la professió i la por a la mort. S'analitzen metges, estudiants de Medicina i altres treballadors de la salut, sacerdots, psicòlegs i treballadors no sanitaris sobre la seva actitud cap a la mort amb Multidimensional Fear of Death Scale. Es troben diferències significatives en tots. Els sacerdots van puntuar més baix a la por a la mort i els psicòlegs i els treballadors no sanitaris més alt a l'igual que els treballadors no sanitaris. La por a la mort sembla més aviat estar present en les professions que tracten menys directament amb els morts i moribunds.

#### **2.5.1.1 Actituds cap a la Mort mesurades amb l'escala Collett-Lester**

Dels primers estudis que trobem i que tenen una continuïtat de quatre anys, són els fets per Kaye l'any 1991. Comença impartint un curs sobre l'afrontament de la mort i el final de la vida amb estudiants de Medicina i valora els canvis que pot proporcionar als estudiants. Després continua amb un estudi longitudinal per avaluar els canvis d'actituds al llarg dels anys.

Kaye<sup>100</sup> organitza un curs sobre la mort i els moribunds i examina el seu impacte en les actituds dels estudiants de Medicina de 30 participants. Se'ls passa l'escala Collett-Lester d'Ansietat a la Mort abans del curs i després. Troba que hi ha una disminució de l'ansietat cap a la mort i el morir d'un mateix ( $p=0,04$ ) i cap a la mort dels altres ( $p=0,04$ ). Troba, també, que hi ha una disminució d'ansietat en el tractament del pacient moribund i en fer front a la família del pacient. Més tard, Kaye et al.<sup>101</sup> amplien el nombre de participants

(71) a l'estudi i tornen a fer un curs d'educació relacionada amb la mort, però només a un subgrup. Passen a tots un pre-test i post-test. El curs no va produir canvis significatius en les quatre subescales encara que hi va haver una disminució general d'ansietat quan els dos grups es van combinar ( $p=0,035$ ). Valoren que participar en un curs d'educació sobre la mort suposa una millora en les actituds dels estudiants cap a la mort i el morir. Amplien l'estudi<sup>102</sup> analitzen longitudinalment, durant 4 anys, l'impacte del curs. Continuen avaluant a l'inici del curs i al final i anualment. Les actituds cap al "tractament del pacient moribund" i "fer front a la família del pacient moribund" han millorat com a resultat del curs. Els efectes del curs es van mantenir durant l'escola de Medicina, amb diferències significatives entre els grups a final del curs ( $p<0'001$ ) i per als estudiants de tercer any ( $p\leq 0'002$ ). Pel que fa a Por a la Mort, les anàlisis no van mostrar interacció significativa en el temps en qualsevol període de prova ( $p \leq 0,13$ ). L'educació en preclínics té un efecte durador sobre les actituds cap a la Mort i el Morir.

Thiemann et al.<sup>103</sup> consideren que poc se sap sobre les actituds dels estudiants de Medicina cap al Sofriment i la Mort. Per tal de conèixer-les i per a poder comprendre com aquestes influeixen en la pràctica clínica dels estudiants, examinen les actituds de 1.027 estudiants de Medicina de l'Escola Mèdica de Cambridge, cap al final de la vida i la seva relació amb el gènere, l'edat, l'espiritualitat, la pèrdua personal, ansietat davant la mort i l'empatia en un estudi longitudinal per a veure com aquestes canvien amb el temps i allò que les determina. Es va passar un qüestionari compost de diferents escales: Sullivan's attitudes towards EOLC, Collet-Lester Fear of Death Scale, Empathic

Concern Scale of Davis's Interpersonal Reactivity Index i uns ítems d'Espiritualitat i Experiència de Dol Personal. A l'inici, les actituds dels estudiants cap a l'atenció al final de la vida en diferents dominis (responsabilitat del metge, aspectes psicològics per als pacients, l'impacte personal) són en gran part positives i no s'aprecien canvis notables en l'últim any. Aquests autors valoren que el gènere no influeix en les actituds o en el seu canvi. L'ansietat cap a la mort resulta ser un predictor significatiu d'actituds negatives cap a l'impacte personal en l'atenció al final de la vida en el primer any ( $p > 0,001$ ) i tenien major ansietat cap a la mort. Els resultats dels altres dominis d'aquesta atenció no van ser determinants. Conclouen que les actituds dels estudiants de Medicina cap a la Mort i el Morir son àmpliament positives tant a l'inici com al final de curs. Encara que el professorat ha de fomentar actituds positives cap a l'atenció al darrer tram de la vida d'una persona i contrarestar les actituds negatives a l'escola de Medicina. Si es reduís l'ansietat cap a la mort, disminuiria l'impacte personal que el morir proporciona. Consideren que es necessita investigar més per fer entendre millor les actituds dels estudiants cap a l'atenció al final de la vida.

El coneixement de la realitat de la mort i del morir, pel que vol dir de desconegut, pot provocar ansietat i pot estar relacionat negativament amb la salut psicològica d'una persona. Els estudiants de Medicina enfronten la mort, potser per primera vegada, quan entren a la facultat. És per aquest motiu que Thiemann, P et al.<sup>104</sup> volen analitzar l'ansietat que els estudiants tenen cap a la mort i el morir. Es fa un estudi longitudinal amb estudiants clínics i amb estudiants de ciència bàsica de la Universitat de l'Escola Mèdica de Cambridge



per examinar l'ansietat cap a la mort en relació amb: 1) la seva gravetat, les diferències de gènere, i la trajectòria durant l'educació mèdica i 2) la relació amb les actituds que els estudiants de Medicina tenen cap a cures pal·liatives i la seva salut psicològica. Les dades s'obtenen amb la versió revisada Collett-Lester de Por a la Mort. Es troba que els estudiants de Medicina tenen una moderada ansietat cap a la mort, sense diferències de gènere i que es manté molt estable en el temps. L'alta ansietat cap a la mort s'associa amb alta depressió i baixa ansietat i majors preocupacions s'associen a l'impacte personal de les cures pal·liatives.

L'associació entre l'alta ansietat cap a la mort i la baixa salut psicològica i les actituds negatives cap a cures pal·liatives són preocupants. Durant l'educació mèdica s'hauria de poder abordar l'ansietat cap a la mort per millorar la salut psicològica dels estudiants i la qualitat de la seva futura tasca a Cures Pal·liatives.

### **2.5.1.2 Actituds vers la mort d'un pacient**

Anderson et al.<sup>105</sup> realitzen un estudi dels estudiants que es graduen de la Universitat de Pittsburgh i n'analitzen la relació entre l'exposició a la mort d'un pacient i les actituds i el coneixement sobre el final de la vida durant les seves rotacions clíniques. El coneixement sobre l'atenció al final de la vida s'avalua amb una prova de 15 ítems sobre el dolor i els símptomes, l'ètica, la idoneïtat del tractament i Cures Pal·liatives. El 76% dels estudiants va informar sobre la seva experiència personal amb la mort, i el 73% va informar sobre tenir cura dels pacients moribunds o ser testimoni de la mort d'un pacient durant les seves rotacions clíniques de tercer any. Els estudiants van valorar positivament

la responsabilitat i la capacitat dels metges quan ajudaven els pacients moribunds i les seves famílies. Van tenir reaccions emocionals negatives front tenir cura del final de la vida. Els estudiants que van informar de l'experiència personal o professional amb la mort tenien actituds més positives i les puntuacions de coneixement més altes que els que no ho van fer. S'ha de maximitzar el temps que passen els estudiants de Medicina amb els pacients moribunds. Ensenyar els estudiants a tenir cura dels moribunds durant el curs de les seves rotacions clíniques és una forma efectiva de millorar les actituds cap a la mort i el morir. Les escoles han d'ajudar en el desenvolupament emocional. Els professors i els residents han de ser conscients de la complexitat de la primera experiència d'un estudiant de Medicina en la mort d'un pacient.

Ratanawongsa et al.<sup>3</sup> exploren les experiències que tenen els estudiants de Medicina de tercer any amb la mort i els pacients que moren durant el rotatori de Medicina interna. Fan entrevistes obertes de 45 minuts a 32 estudiants de Medicina de tercer any a la Universitat de Califòrnia a San Francisco. Tots els estudiants s'han trobat amb pacients morts o moribunds, i la majoria n'havien atès directament almenys un. Els estudiants valoren la necessitat de preparació per al final de la vida en cursos preclínic. Afrontar el final de la vida preocupa els estudiants, encara que els ajuda a desenvolupar la seva identitat professional, i veuen l'oportunitat de gestionar les emocions fortes, comprendre els desafiaments de la residència, i adquireixen un sentit d'autoeficàcia com a futurs metges. Conclouen que les experiències de tercer any dels estudiants de Medicina amb els pacients moribunds afecten les seves habilitats i actituds en

la cura del final de la vida, així com l'aparició de la seva identitat professional. Els comportaments i les actituds modelades pels residents i els docents poden influir fortament en la percepció de i l'autoeficàcia dels alumnes en el tenir cura del darrer tram de la vida.

Pessagno<sup>41</sup> descriu a través d'entrevistes en profunditat amb 20 estudiants de Medicina les diverses experiències que han tingut amb la mort a 3r i 4t de Medicina. Els estudiants experimenten un estrès emocional important en fer front a la mort del pacient, encara que alguns són més difícils de suportar que d'altres, com quan el pacient moribund és un nen o quan els errors de tractament podrien haver contribuït a morir. Els estudiants adopten mecanismes comuns com expressar les seves emocions, forçant-se a si mateixos a continuar les rondes, el plor, la participació en rituals de mortalitat infantil, i tornant a la religió. Els estudiants van valorar els metges que van mostrar empatia cap als morts i tolerància cap a les seves respostes emocionals fent més fàcil el seu procés. En molts casos, el tracte amb les famílies dels pacients moribunds va ser descoratjador. La majoria dels estudiants no veuen la mort com un fracàs, al contrari del que la literatura diu, excepte en els casos en què un error humà o la presa de decisions poden haver jugat un paper en la causa de la mort d'un pacient.

Kelly et al.<sup>106</sup> de Western Ontario van convidar els estudiants de Medicina a compartir la seva primera experiència de la mort d'un pacient. Els estudiants podien optar a participar a través d'entrevistes telefòniques, grups de discussió o correu electrònic. Totes les respostes es van gravar, transcriure i analitzar. 20

van participar en una entrevista, 5 en un grup de discussió i 4 a través del correu electrònic. La informació es va agrupar en set temes principals: (i) la preparació; (ii) l'esdeveniment de mort; (iii) els sentiments; (iv) el paper del metge docent; (v) factors diferencials entre les morts; (vi) el tancament, i (vii) les relacions. Aquests temes es posen en un model cíclic de cinc etapes per a col·locar les experiències de la mort dels estudiants. Consisteix en: (i) la preparació; (ii) l'esdeveniment en si; (iii) la crisi; (iv) la resolució, i (v) les lliçons apreses. Conclouen que la tensió entre la preocupació emocional i el distanciament professional és general a tots els estudiants de Medicina sotmesos a la seva primera experiència de la mort d'un pacient del qual tenien cura. Els professors i els residents han de ser conscients de la complexitat que experimenta l'estudiant de Medicina amb el primer pacient mort.

Per tal de valorar l'impacte de la mort d'un pacient, Jones et al.<sup>107</sup> passen a tots els estudiants de 6è curs de Medicina d'una escola del Regne Unit un qüestionari en línia anònim. Dels 220 estudiants que van contestar, 94 havien estat implicats en la mort d'algun pacient d'edats diferents. Es van trobar diferències entre els estudiants que estaven a la facultat i els que estaven treballant a l'estranger en període lectiu. Els estudiants que continuaven a la facultat van sentir-se sorpresos, molestos i tristos i van parlar-ho amb els companys i amb els docents, experimentant efectes beneficiosos. Els que estaven a l'estranger, molts estaven enfadats o frustrats i molts van tenir sentiments d'injustícia i en lloc de parlar-ho amb els metges locals, ho van comentar per internet. Només el 13% dels estudiants de Medicina va pensar que la seva formació mèdica els havia preparat prou per fer front a la mort. Dels

que se sentien preparats alguns van dir que havien adquirit aquest coneixement a través de treballar com a assistent a tenir cura de la salut. Conclouen que els estudiants se senten mal preparats per experimentar la mort d'un pacient. Tot i que poden tenir coneixement mèdic no tenen suport emocional i se senten insuficientment recolzats. Les escoles de Medicina han de reconsiderar els seus plans d'estudi perquè els alumnes siguin conscients de les possibles experiències i emocions a què es poden enfrontar quan s'involucrin en la mort d'un pacient. També haurien de rebre consells sobre a qui recórrer a la recerca de suport.

Rhodes et al.<sup>108</sup> amb estudiants de 3r curs de Medicina de dues escoles dels Estats Units fan entrevistes amb preguntes obertes i estructurades i passen un qüestionari escrit. El 38% dels estudiants van estar en contacte amb el pacient durant menys de 24 hores i el 73% no; ni tampoc prop del pacient. El 57% estan altament impactats i el 25% dels estudiants diuen que la mort genera un canvi emocional alt. Perceben dels seus docents que la mort i les emocions que se'n desprenen són aspectes negatius de la Medicina. No van rebre sessions informatives i molts estudiants no se sentien recolzats. És una oportunitat única per a ensenyar sobre la mort i les emocions i per a fer front a l'estrès, cosa que sovint es perd.

Head et al.<sup>64</sup> identifiquen i analitzen allò que van aprendre i allò que van experimentar els estudiants després de passar una setmana en Cures Pal·liatives. Les reflexions dels estudiants es van centrar en el metge i en el pacient. Quant al metge: el tractament del dolor, les trobades amb els pacients i

les seves famílies, donar males notícies, no crear falses esperances, les respostes emocionals. Quant al pacient: la importància de la família, l'experiència de la mort i la singularitat de cada pacient. Les reflexions dels estudiants es van centrar en les trobades amb els pacients i les seves famílies, en les respostes emocionals internes i en l'auto-transformació. Van concloure que l'anàlisi sistemàtica de l'escriptura reflexiva proporciona als educadors valuoses dades sobre les experiències d'aprenentatge dels estudiants. Aquests resultats poden informar el disseny i la modificació del pla d'estudis.

### **2.5.1.3 Pla d'Estudis i treball d'actituds, personal i emocional**

McFarland et al.<sup>109</sup> imparteixen dos seminaris per a residents i per a estudiants de Medicina fent especial atenció als sentiments més que a dades objectives, amb la intenció d'equilibrar la ciència mèdica amb l'art de la Medicina. El seminari acabava redactant ells mateixos el seu certificat de defunció. Un 84% va predir que moririen d'una malaltia aguda. Reflexionant sobre aquesta experiència van ser capaços d'adonar-se com els costaria afrontar una malaltia crònica i també quant valoraven la família i els amics. Haver fet aquest estudi ajuda a legitimar els sentiments que constitueixen la base de l'empatia.

Nair et al.<sup>110</sup> fan un estudi per veure si els estudiants prefereixen aprendre estant al costat del llit del pacient. Només un 48% diuen que no calia estar tant a peu de llit per aprendre Medicina, encara que el 100% va pensar que era la manera més efectiva per aprendre actituds clíniques envers els malalts. A un 77%, els va agradar molt i un 83% va dir que no s'havien posat ansiosos. Encara que les primeres nocions està bé de fer-les a l'aula, els autors diuen que caldria fer estudis per a investigar quins impediments tenen els professors per a ensenyar a peu de llit. Els estudiants demanaven aprendre amb els propis

malalts ja que deien que hi ha coses que no poden aprendre sense ells. Les actituds de cura i d'empatia són les que des de l'exemple i des de la pràctica es poden aprendre.

Hernández-Vargas et al.<sup>111</sup> consideren la importància de treballar la intel·ligència emocional en Medicina pel fet que els metges estan en contacte constant amb persones i amb les seves emocions. El maneig de les emocions aporta unes habilitats que ajuden a controlar-se un mateix i el capaciten per percebre amb precisió, així com valorar i expressar les pròpies emocions i generar sentiments que facilitin el pensament i la comprensió de les emocions de l'altre. Els alumnes necessiten saber com respondre en diferents situacions, tant personals com mèdiques. Facilitaria la relació metge-pacient i evitaria la Medicina defensiva. Aquest estudi es fa amb la intenció de demostrar a les escoles de Medicina la necessitat de treballar la intel·ligència emocional en la carrera de Medicina

Williams et al.<sup>112</sup>, en "Dying, death, and medical education: student voices", constaten que el temps dedicat al currículum del final de la vida d'un pacient en les facultats de Medicina és insuficient. No s'esmercen recursos per a abordar com els estudiants i els residents de Medicina es comporten i gestionen les seves emocions i tampoc no es té en compte el propi procés de dol en la mort d'un pacient. Es realitza l'estudi amb la intenció d'influir en el canvi curricular de la facultat. Pretenen, a partir de la mort d'un pacient hipotètic, comprendre les emocions dels estudiants de preclínica. S'ofereix als estudiants i dos terços accepten voluntàriament. L'estudi es fa a partir de l'anàlisi de les narratives dels

estudiants per a identificar patrons, construccions bàsiques, i els temes relacionats amb els sentiments projectats dels estudiants en la mort del pacient. Van sortir cinc temes importants: (1) les respostes afectives (la culpa, la por, impotència), (2) l'experiència personal amb la mort, (3) la supervivència i el professionalisme, (4) el significat de la mort, i (5) els efectes de la religió i l'espiritualitat. Molts estudiants temien fer front a les famílies i al seu dol. Un 40% creu en el més enllà com a estratègia d'afrontament a la mort. Conclouen que tot el que concerneix al període del final de la vida d'una persona és molt més que l'atenció clínica que necessita el pacient i la seva família. Posen en relleu que necessiten estratègies d'afrontament a la mort quan han de confrontar el pacient moribund. Ensenyar als estudiants aquestes estratègies ha de ser una part integral d'un pla d'estudis d'atenció al pacient en el final de la seva vida. La narrativa pròpia no només pot ajudar els estudiants a reconèixer i reflexionar sobre les seves emocions i sentiments, sinó també permetre que els educadors coneguin els elements d'educació de la mort i el morir que hauria d'integrar el currículum.

Rosenbaum et al.<sup>113</sup> són partidaris de posar al pla d'estudis de Medicina les actituds relacionades amb la mort i els moribunds. Van una mica més enllà demanant crear espais de reflexió personal i de grup. L'objectiu de l'estudi és descriure la implementació i l'avaluació en el currículum de les activitats dirigides a explorar el final de vida d'un pacient per promoure'n l'auto-reflexió a partir de les preocupacions i pensaments dels estudiants. A partir d'un curs basat en una conferència sobre les actituds cap al final de la vida, en el qual participen els estudiants de Medicina de segon any de carrera, es realitzen



quatre activitats en què (1) visualitzen la seva pròpia mort; (2) escriuen les seves experiències respecte a la mort; (3) relaten assajos que reaccionen amb el contingut del curs, i (4) participen en petits grups dirigits per metges. Aquest curs es fa durant dos anys amb 522 alumnes. Es van recollir 9 temes principals que preocupaven els estudiants i també els seus pensaments en relació a tenir cura dels moribunds. Així trobem: (1) les emocions que expressen; (2) dolor personal i les emocions que se'n desprenen; (3) comunicació efectiva; (4) tenir temps suficient; (5) sensació d'estar mal preparats per a fer front a la mort; (6) la pèrdua d'un ésser estimat; (7) canviant l'èmfasi de guarir a tenir cura; (8) escoltar els pacients i respectar les seves decisions, i (9) anteriors experiències negatives al final de la seva vida. S'avalua l'impacte de les diferents activitats de reflexió demostrant que aquestes activitats permeten als estudiants examinar críticament i discutir les seves experiències i preocupacions pel que fa a la prestació d'atenció al final de la vida. Conclouen que el pla d'estudis ha de promoure l'auto-reflexió dels estudiants per tal de poder expressar les seves actituds i preocupacions cap el final de la vida ja que els permet establir una base important per a la seva futura pràctica en la cura dels moribunds. Van demostrar que hi ha activitats que didàcticament promouen la reflexió i que les anàlisis de les reflexions dels estudiants poden servir com a eina d'avaluació curricular.

L'estudi de Zambrano et al.<sup>114</sup> no està fet amb estudiants sinó amb metges de família que estan exercint. L'inclouem per deixar palès la necessitat d'abordar en la carrera el final de la vida i tot el que l'acompanya. Realitzen un estudi per entendre com els metges de família viuen la mort dels seus pacients amb 11

metges als quals se fa entrevistes semiestructurades. Utilitzen la metàfora del "viatge de la mort" per a explicar la mort d'un pacient. El viatge amb els moribunds es descriu a partir de 5 moments viscuts amb el pacient: diagnòstic, comunicació del pronòstic, tenir cura del pacient, el moment de la mort i tenir cura de la família. Expliquen les respostes emocionals i les estratègies d'afrontament viscudes en les diferents etapes. La identitat professional, l'aprenentatge sobre la mort i del morir, i les creences de mort han estat importants en aquest viatge amb els moribunds. Conclouen amb la necessitat de comprendre i ser capaços de treballar la realitat de la mort.

Trobem estudis que avaluen la intel·ligència emocional en els estudiants de Medicina i els incloem pel fet que una de les seves dimensions capacita la persona per a regular les emocions.

Libbrecht<sup>115</sup> aposten perquè la comunicació efectiva i la sensibilitat interpersonal, durant les interaccions entre metges i pacients, impacten els resultats terapèutics. Estudien amb 367 estudiants de Medicina si la intel·ligència emocional pot predir la comunicació i la sensibilitat interpersonal i com aquesta pot ajudar-los en la seva pràctica mèdica. La capacitat de regular les emocions, una de les dimensions de la intel·ligència emocional, va predir el rendiment en cursos sobre la comunicació i la sensibilitat interpersonal en els propers 3 anys de l'escola de Medicina, més enllà de la capacitat cognitiva i la consciència. Segons els resultats de l'estudi suggereixen que les escoles de Medicina poden predir millor la comunicació efectiva i la sensibilitat interpersonal si inclouen mesures d'intel·ligència emocional en els sistemes

d'admissió dels estudiants. La intel·ligència emocional no va predir el rendiment en cursos sobre dominis subjectes mèdics.

Ogunyemi et al.<sup>116</sup> volen avaluar la Intel·ligència Emocional i, alhora, validar l'enquesta que utilitzen amb metges, docents, estudiants i residents de la facultat de Medicina. És un estudi longitudinal de 5 anys. Se'ls passa 4 enquestes: la d'Intel·ligència Emocional que mesura l'autoconsciència, l'autogestió, consciència social, i la gestió de la relació; l'enquesta DISCO que defineix 4 dominis de personalitat: domini, influència, estabilitat i consciència; el Thomas-Kilmann Conflict Instrument que defineix 5 estils de conflicte: competir, col·laborar, compromís, servicial i evitació; i l'Inventari d'influència interpersonal que categoritza 4 estils de comportament: obertament agressiu, assertiu, ocult agressiu i comportaments passius. Els resultats que troben són: els docents de la facultat i els residents tenen puntuacions més altes de consciència social en comparació amb els estudiants de Medicina.

Crisp<sup>117</sup> en aquest article reuneix els resultats de les revisions dutes a terme pel grup de treball de l'Aliança del Personal Sanitari Global sobre l'ampliació de l'educació i la formació del personal sanitari i la Comissió Lancet de professionals de la salut per a un nou segle: la transformació de l'educació per enfortir els sistemes de salut en un món interdependent. S'ha revisat l'educació mèdica d'Àfrica, Àsia i Amèrica del Nord i el Regne Unit. Hi ha diferències en les necessitats i capacitats dels sistemes de salut en els diferents països, però qualsevol que sigui el context hi ha moltes similituds en l'enfocament que es necessita per a educar i per a capacitar els treballadors professionals i no professionals de la salut. Tots els països poden aprendre els uns dels altres.

Cal buscar punts de vista de tot el món i desenvolupar un nou enfocament de l'educació i de la formació de l'atenció primària i dels professionals de salut pública, tenint en compte la perspectiva i l'aprenentatge global.

Hesselink et al.<sup>118</sup> valoren, amb una mostra de 204 estudiants de Medicina: (1) les seves opinions sobre la quantitat i contingut de l'educació en l'atenció al final de la vida en el pla d'estudis; (2) el coneixement dels diferents aspectes de l'eutanàsia, i (3) factors associats amb les opinions positives sobre la quantitat i el contingut de l'educació en l'atenció al final de la vida en el pla d'estudis. El 55% considera moderada la quantitat de l'educació l'atenció al final de la vida en el pla d'estudis. El 14% dóna respostes correctes a 6 o 7 de les 8 preguntes sobre l'acte d'eutanàsia. Conclouen que necessiten més formació per a poder tenir cura del pacient al final de la vida.

Leon-Carlyle et al.<sup>119</sup> fan palès que l'administració de recursos és fonamental per a la pràctica clínica d'alta qualitat que, segons aquests autors, està motivada per principis ètics i basats en l'evidència, i té el potencial de millorar la qualitat de l'atenció al pacient i augmentar al màxim la utilitat dels limitats recursos del sistema de salut. Entenen que els metges en exercici i els nous aprenents metges necessiten aprendre-ho. Demanen formació sobre l'administració de recursos en el currículum de Medicina i també que en el pla d'estudis es formi sobre el valor de presa de decisions.

Millán et al.<sup>83</sup> mostren, en aquest estudi, les dades resultants d'un altre anterior sobre l'ensenyament de la clínica pràctica i dels professors implicats en els

hospitals adscrits a la Universitat Complutense. Ressalten que la motivació econòmica no és la motivació fonamental ni tan sols la més freqüent a l'hora d'exercir la professió. Per contra, la motivació i el reconeixement acadèmic ocupen el primer lloc en els professionals, així com l'interès per participar en les activitats d'innovació docent. Són els resultats de l'estudi "Ensenyar a ser metges".

#### **2.5.1.4 Les actituds i el Currículum ocult**

Segons Rabow<sup>120</sup> els estudiants de Medicina s'enfronten a reptes personals i a ètiques significatives quan perceben diferències entre el que s'ensenyava a classe (currículum formal) i el que es practica a les sales (currículum informal), especialment pel que fa a l'atenció al final de la vida. Destaquen que l'augment d'experiències informals en l'atenció al final de la vida estan associades a una avaluació més negativa de la qualitat educativa i de les institucions sanitàries.

Fernandes et al.<sup>121</sup> expliquen com els estudiants de 2n curs de Medicina en un centre mèdic universitari escolten un panell de discussió dels alumnes de 4t i residents que descriuen les seves experiències cap a l'atenció al final de la vida. L'objectiu és proporcionar "orientació anticipada" per a estudiants de segon any sobre situacions difícils en què es poden trobar. A través dels panells de discussió s'han comprés millor les seves necessitats. A part de la complexitat de l'atenció al final de la vida van sorgir la identitat professional, les expectatives en conflicte i l'experiència mèdica limitada. El suport emocional i esclarir el currículum ocult pot ajudar els estudiants en el procés d'enculturació del metge i de l'educació en l'atenció al final de la vida.

Hern et al.<sup>122</sup> reconeixen la importància del raonament moral per al desenvolupament de la professionalitat mèdica, però l'evidència actual de la relació entre l'educació i el raonament moral no s'aplica clarament als estudiants de Medicina. L'estudi va demostrar la relació causal directa entre la regressió en el raonament moral i l'ensenyament clínic durant el currículum de Medicina. Les raons poden incloure l'organització jeràrquica de la clínica pràctica, la naturalesa específica dels dilemes morals que enfronten els estudiants de Medicina i el currículum ocult.

Lazcano et al.<sup>123</sup> volen analitzar el currículum ocult dels docents per afavorir els processos d'innovació pedagògica ja que és primordial conèixer les seves creences. La pràctica pedagògica està condicionada per les teories implícites sobre l'ensenyament dels docents. Per la seva banda, els estudiants perceben que la majoria dels seus docents esperen que ells participin activament en la construcció del coneixement. Basar la docència directament en l'estudiant i no valorar la importància del docent no ajuda.

Patenaude et al.<sup>124</sup> a més a més de la professionalitat dels metges, de les seves qualitats i de la consideració moral, de les institucions acadèmiques es preocupen pel desenvolupament ètic dels estudiants durant la seva educació mèdica. Les variacions temporals en les puntuacions dels estudiants mostren un procés d'anivellament del seu raonament moral. Aquesta troballa ens porta a preguntar-nos si hi ha un currículum ocult en l'estructura de l'educació mèdica que inhibeix en lloc de facilitar el desenvolupament del raonament moral.

### **2.5.1.5 Actituds cap al morir i Personalitat**

Borges et al.<sup>125</sup> revisen la literatura sobre la personalitat i l'elecció d'especialitat mèdica. Descriuen els estudis que fins ara han utilitzat les mateixes mesures: Adjectiu Check List, Califòrnia Psychological Inventory, Factor Sixteen Personality Questionnaire i Indicador Myers-Briggs. Després integren els resultats al model de cinc factors de la personalitat. Les conclusions suggereixen una associació informal entre alguns factors de personalitat i determinades especialitats mèdiques.

Tres anys després, Borges et al.<sup>126</sup> investiguen les diferències dels patrons de personalitat entre l'orientació a la persona i l'orientació a la tècnica dels metges. Es va fer un marc que integrava les puntuacions en la Personalitat Formulari de Recerca (PRF) per als cinc grans factors i un model predictiu de pertinença en l'àrea d'especialitat clínica. La mostra és de 238 metges (153 en l'orientació a la persona i 85 en l'orientació a la tècnica). Les diferències de personalitat són significatives en set dels trets de la PRF i dos en els cinc grans factors. Els resultats indiquen que dos trets PRF i un Big-Five Factor tenen una major capacitat per discriminar entre l'orientació a la persona i l'orientació a la tècnica dels metges. Aquests resultats donen suport per a establir perfils de personalitat dels metges interessats en especialitats orientades a la persona o a la tècnica.

Chibnall et al.<sup>127</sup> posen un especial l'accent en els programes d'educació mèdica sobre les competències clíniques com la confiança, l'empatia i la cooperació. Amabilitat és un domini de la personalitat que reflecteix aquestes competències. Han estudiat si la personalitat de l'estudiant de Medicina

refleix amabilitat i comparen amabilitat dels estudiants de Medicina amb la dels reclutes oficials de la policia, un grup en el qual no es prefereix una alta amabilitat. Ambdós grups van completar l'Inventari de Personalitat NEO Revisat, que mesura dominis del model de cinc factors: neuroticisme, extraversió, obertura, amabilitat i responsabilitat. L'estudiant de Medicina puntua nivells mitjans d'amabilitat i alts en extraversió i obertura, que influeixen en creixement personal, lideratge, resolució de problemes. En relació amb els reclutes, els estudiants van tenir major neuroticisme i obertura i menor escrupolositat. Amabilitat i extraversió no van diferir. Els estudiants de Medicina no eren excessivament amables. Sí que eren ambiciosos, resolutius, intel·lectualment creatius amb preferència per dirigir.

Duffy et al.<sup>128</sup> han examinat com influeixen l'interès, la personalitat i els valors en el comportament professional. Una mostra de 282 estudiants de Medicina (169 dones, 113 homes) van respondre l'Strong Interest Inventory, NEO Personality Inventory-Revised, i Physician Values in Practice. Els resultats van indicar una relació significativa entre l'obertura i els interessos artístics i entre l'extraversió i els interessos, els interessos socials i valors de treball de gestió. La personalitat i els interessos vocacionals van predir entre el 2% i el 14% de la variància en cada un dels sis valors de treball mesurats. Els trets de personalitat i els interessos vocacionals semblen jugar un paper significatiu, encara que limitat, en la determinació de valors cap a la feina.

Ghiabi et al.<sup>129</sup> examinen la relació entre les dimensions de la personalitat i la intel·ligència emocional (IE) en una mostra d'estudiants de la Universitat de



Teheran. Es va realitzar una anàlisi de correlació per avaluar el tipus d'associació que hi ha entre les cinc dimensions de la personalitat: neuroticisme, extraversió, obertura, amabilitat, responsabilitat i la intel·ligència emocional. 443 estudiants, 237 dones i 206 homes, van completar l'Escala d'Intel·ligència Emocional (EIS) i l'Inventari de Personalitat NEO (NEO PI-R). Els resultats van revelar que la intel·ligència emocional positiva podia predir extraversió i la negativa podia predir neuroticisme.

Magalhães et al.<sup>130</sup> van voler provar si hi havia associacions entre la personalitat i l'empatia en els estudiants de Medicina. Es va administrar el NEO-FFI, l'escala d'empatia mèdica de Jefferson (EEMJ-SPV), un Likert de configuració de ciències de la salut que mesura la compassió i les perspectives. Es van realitzar anàlisis de correlació, l'anàlisi multivariada de covariància i l'anàlisi de regressió logística. Els resultats van confirmar les associacions positives entre amabilitat, obertura i empatia. La personalitat dels estudiants s'ha de tenir en compte per millorar l'empatia en l'educació mèdica.

Rosas et al.<sup>131</sup> estudien la personalitat dels estudiants de 1r, 2n, 3r i 4t de Medicina de la facultat de Medicina de la UPCH en relació amb les seves característiques personals i acadèmiques i fan la comparança amb la població nord-americana. És un estudi transversal amb una mostra de 334 estudiants de Medicina i se'ls passa el NEO PI-R. Hi van trobar diferències: les dones tenen major nivell d'extraversió, apertura i amabilitat. Existeixen associacions entre l'edat de l'estudiant i l'extraversió i les facetes d'ansietat, assertivitat, emocions positives, valors, aspiracions i autodisciplina. Els estudiants de Lima tenen

major nivell en apertura i en les facetes de calidesa, fantasia i sentiment. Entre els 4 cursos de carrera existeixen diferències en neuroticisme i consciència i en les facetes de vulnerabilitat, assertivitat, activitat, valors, altruisme, competència, sentit del deure, aspiracions i autodisciplina. Els estudiants menors de 21 anys presenten menors nivells en neuroticisme, extraversió, apertura i amabilitat i majors nivells en consciència comparats amb l'estandardització nord-americana. Conclouen que hi ha característiques personals i acadèmiques que estan relacionades amb les característiques de la personalitat, i són diferents a les de la població nord-americana.

Leombruni et al.<sup>132,133</sup> endeguen un estudi transversal per conèixer les habilitats i actituds per afrontar l'etapa del final de la vida i la relació amb els trets de personalitat en una mostra de 165 (45,5% homes, 54,5% dones) estudiants de Medicina de la Universitat de Torí de segon any. Es va utilitzar l'escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying form-B (FATCOD-B) i l'Inventari de Temperament i Caràcter (TCI). Pel que fa a les actituds cap EOLC, no es troben diferències significatives entre homes i dones. Pel que fa al perfil de personalitat, van puntuar significativament més alt en evitació del dany i el més baix en les dimensions de recompensa, cooperativisme i auto-transcendència. Les dones van puntuar significativament més alt que els homes en les dimensions d'evitació del dany, recompensa, autodirecció i cooperativitat. Pel que fa a la relació entre FATCOD-B i TCI, s'ha trobat diferències significativament positives entre l'auto-direccionalitat ( $p=0,038$ ) i el cooperativisme ( $p=0,040$ ), mentre que l'evitació al dolor va mostrar una associació significativament negativa ( $p=0,002$ ). Malgrat la limitació de la

mostra, aquest estudi és el primer que presenta una relació entre els trets de personalitat dels estudiants de Medicina de pregrau italians i les seves actituds cap a l'atenció al final de la vida. Els estudiants molt autodirigits i cooperatius, amb baixa evitació al dolor, probablement podrien desenvolupar un caràcter més madur que els ajuda a ser més conscients d'ells mateixos i dels altres i per tant a ser més propensos a tenir cura dels pacients moribunds. Conclouen que seria bo tenir en compte el perfil de personalitat dels estudiants de Medicina per a treballar amb pacients al final de la seva vida.

Scheepers et al.<sup>134</sup> A nivell mundial, els metges docents capaciten els residents per atendre el pacient. És per aquest motiu que aquests autors avaluen els residents d'especialitats quirúrgiques i no quirúrgiques de divuit centres mèdics dels Països Baixos. Pensen que la personalitat afecta el seu treball, la manera d'ensenyar, el seu rendiment acadèmic; no havent estudis quantitius al respecte, endeguen l'estudi. Se'ls passa un qüestionari validat de 21 ítems que avalua les qualitats d'Ensenyament: clima d'aprenentatge, actitud professional, comunicació, avaluació i retroalimentació; amb el Big Five Inventory (BFI) els residents avaluen la seva pròpia personalitat, donant el Five Factor model: extraversió, responsabilitat, neuroticisme, amabilitat i obertura. En la mostra van participar 622 estudiants i 549 residents. Dóna aquests resultats: Extraversió es relaciona positivament amb l'exercici docent. L'apertura s'associa negativament amb els quirúrgics i la consciència es relaciona positivament només amb els no quirúrgics. Els no quirúrgics extravertits se'ls avalua com a millors supervisors. Els quirúrgics que mostren alts nivells

d'obertura van ser avaluats com menys adequats. L'estudi pot contribuir al desenvolupament de l'educació mèdica.

Yang et al.<sup>135</sup> investiguen la relació entre la personalitat i el benestar subjectiu dels estudiants de Medicina i l'efecte mediador de confiança interpersonal en la relació en una mostra de 1.519 estudiants de Medicina. Se'ls passa l'escala Eysenck Personality Characteristics, l'escala Interpersonal Trust i l'escala Subjective Well-being. Resultats: La diferència de benestar subjectiu dels estudiants masculins i femenins no va ser estadísticament significativa ( $t=-0.24$ ,  $p>0,05$ ). Les puntuacions de confiança interpersonal dels homes van ser significativament més baixes que en les dones ( $t=-2,68$ ;  $p<0,01$ ). Els estudiants de primer any van puntuar significativament més alt que els de segon i tercer any en benestar subjectiu ( $F= 38.36$ ,  $p<0,001$ ). Les puntuacions de confiança interpersonal dels estudiants de segon any van ser significativament superiors als d'estudiants de primer any ( $F= 8.07$ ,  $p<0,001$ ). La confiança interpersonal correlaciona negativament amb psicoticisme, extraversió i benestar subjectiu ( $r=-0,089$ ,  $r=-0,144$ ;  $r=-0,122$ ;  $p<0,05$  o  $p<0,001$ ) i una correlació positiva amb neuroticisme ( $r=0,163$ ,  $p<0,001$ ). El benestar subjectiu correlaciona negativament amb psicoticisme i neuroticisme ( $r=-0,127$ ,  $r=-0,348$ ;  $p<0,001$ ) i positivament amb extraversió ( $r=0,171$ ;  $p<0,001$ ). Conclouen que la confiança interpersonal mediatitza parcialment la relació de les característiques de la personalitat i el benestar subjectiu dels estudiants de Medicina.

#### **2.5.1.6 Valoració dels canvis d'actituds cap a la Mort i el Morir**

Hi ha cada vegada més èmfasi en l'ensenyament mèdic a formar els estudiants de Medicina per a poder atendre les persones en l'últim tram de la seva vida.

Diferents autors s'adonen que, en el pla d'estudis, no hi ha eines per a poder avaluar els canvis d'actituds que es produeixen al llarg de la carrera.

Wolf et al.<sup>136</sup> fan un estudi retrospectiu a 70 dels 157 estudiants de Medicina de l'últim any de carrera. Perceben que s'han anat tornant més cínics, més preocupats per guanyar diners, més preocupats pels pacients i més servicials. Aquestes troballes es relacionen amb els factors d'estrès dels estudiants. Ressalten que els estudiants dels primers cursos eren més pacients i se'ls veia i se'ls sentia més propers als malalts que els dels darrers cursos.

Schwartz, et al.<sup>137</sup> pretenen avaluar la capacitat de resposta de dues mesures d'actituds validades per a analitzar com el pla d'estudis ajuda a canviar les actituds del estudiants de Medicina cap a l'atenció dels moribunds. Es valida amb estudiants de pregrau, realitzant un curs sobre el Concepte de la Bona Mort i les preocupacions sobre morir i es compara amb estudiants que no han fet el curs. Els participants del curs van presentar menys preocupació pel treball amb els pacients moribunds i van augmentar la valoració dels criteris clínics en la reflexió sobre una "bona mort". Va haver-hi tendències que suggereixen una disminució en la preocupació per la mort en general. Va augmentar la valoració dels aspectes de control personals sobre la mort, una major valoració de tancament i es va observar una tendència a la reducció de les preocupacions per treballar amb pacients moribunds. Van valorar l'efecte additiu del curs, en el sentit que cada vegada es necessiten més coneixements i més preparació. Conclouen que les mesures van ser sensibles als grans efectes del curs i

poden ser útils en futures investigacions per corroborar l'efectivitat dels plans d'estudis cap a l'atenció a la mort i el morir de les persones.

Mutto et al.<sup>138</sup> fan un estudi comparatiu multicèntric sobre l'educació mèdica de pregrau vers la cura dels pacients moribunds a la Universitat Austral (Argentina), a la Universitat de Navarra (Espanya) i a la Universitat Campus Bio-Medico di Roma (Itàlia) dels cursos de 1r i 6è de la carrera amb una mostra de 380 estudiants de Medicina. Les respostes donades pels estudiants no es diferenciaven d'una universitat a una altra. Van reconèixer que interactuen directament i espontàniament amb els pacients moribunds i que les actituds cap a ells eren molt positives. Els estudiants van demanar més capacitació en l'atenció al final de la vida i que ajudar a tenir una bona mort s'ha d'incloure en la seva formació. Es va valorar que les actituds cap a l'atenció al final de la vida variaven significativament d'un curs a un altre. Els plans d'estudis mèdics haurien de millorar per abordar adequadament aquestes qüestions. Van trobar que les actituds varien significativament d'un curs a un altre i que tenien un alt interès cap aquest camp reafirmant-se en la mala formació rebuda.

Tres anys més tard, Mutto et al.<sup>139</sup> amb 7 universitats d'Argentina i amb estudiants de Medicina i d'Infermeria de 1r i darrer curs de carrera avaluen: (1) les experiències i actituds després d'estar amb pacients moribunds i sense capacitació en temes d'atenció al final de la vida; (2) si haver estat o no amb malalts terminals influeix en les actituds dels estudiants que no estaven formats; (3) si es plantejaven, en el futur, tenir cura dels malats en el darrer tram de la seva vida; i (4) si tants uns com altres estudiants estaven interessats

a rebre formació per a tractar amb malalts moribunds. La mostra és de 730 estudiants i el període de temps de recollida de dades és des de l'any 2005 al 2010. Van concloure que tants uns com altres: (a) contacten i perceben el sofriment del moribund, i (b) tenen una actitud molt positiva cap a aquests pacients, tot i que alguns tendeixen a evitar la implicació emocional, perquè no se sentien ben preparats i per la duresa de la situació. També es va trobar que (c) el desig d'evadir-se'n de la situació es va incrementar en l'últim any de carrera d'ambdós grups d'estudiants, tot i que ja estaven millor preparats, i (d) els estudiants manifesten unànimement que l'ensenyament sobre tenir cura dels malalts terminals s'ha d'incloure en els plans d'estudis perquè es necessita i no ha d'estar en el pla d'estudis com una matèria opcional.

Barclay et al.<sup>60</sup> van fer un estudi longitudinal al llarg de 3 anys des del 2007 al 2010 amb 1.027 estudiants de Medicina preclínic i clínic de l'escola de Medicina de Cambridge. Aquests autors pensen que en Cures Pal·liatives hi ha serveis i tractaments que es poden aprendre amb facilitat i també, cada vegada més, s'estan abordant habilitats de comunicació per a tenir una millor relació amb els malalts terminals i les seves famílies. Encara que el que troben difícil és desenvolupar actituds positives cap a les persones en l'últim temps de la seva vida. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar les actituds dels estudiants de Medicina cap a les Cures Pal·liatives cada curs que en fan, investigar els canvis d'actituds esdevinguts durant el curs i identificar les diferents actituds i el seu canvi relacionant-les amb el gènere dels estudiants de Medicina. Els resultats obtinguts són que els estudiants de Medicina van iniciar la carrera amb actituds àmpliament positives cap a les Cures Pal·liatives, i que

aquestes persisteixen en gran mesura. Més endavant, en l'aprenentatge del nucli dur de les matèries de la carrera, aquestes actituds esdevenen més negatives, encara que durant la clínica es tornen més positives. Els canvis han estat minsos però estadísticament significatius. Conclouen que els estudiants de Medicina tenien actituds molt positives cap a les Cures Pal·liatives, tornant-se cada vegada més negatives a mitjans de carrera per l'aprofundiment que es fa en l'estudi de les malalties i esdevenint, després, cada vegada més positives. Consideren que la facultat de Medicina té el repte de fomentar actituds positives per a tenir cura dels pacients que estan prop del final de la vida. Van fer l'estudi construint i validant qüestionaris que mesuraven l'ansietat cap a la mort, la depressió i preguntes relatives a l'experiència personal. No van trobar efectes significatius del gènere en les actituds o canvi d'actitud.

#### **2.5.1.7 Els estudiants de Medicina / professionals de la salut i el dol**

Shanfield<sup>140</sup> explora la centralitat del procés de dol en l'educació dels professionals de la salut que són els supervivents de les pèrdues complexes i múltiples. En un seminari amb estudiants de Medicina de cursos alts i infermers/res ja graduats es discuteix com aprendre sobre la responsabilitat clínica que sovint es produeix en un context de pèrdua i de dol. El resultat de la discussió, pel fet d'haver entrat en la vivència del dol, aporta a alguns una major sensibilitat en les intervencions clíniques i una empatia amb les pèrdues sofertes pels pacients, com a conseqüència de la malaltia. Va trobar-se amb experiències de pèrdua i de dol sense resoldre i es van tornar a despertar com a resultat del seminari. Aporten que realitzar cursos sobre la mort i el morir, encara que són importants, no són suficients per si mateixos ni per al domini d'aquests temes per al professional de la salut. El professors clínics han de ser



conscients de la resposta de l'estudiant a la pèrdua i han de proporcionar un ambient que legitimi l'aprenentatge sobre aquests temes. Aprendre a tenir consciència del dol i reconèixer el valor de la pèrdua s'hauria d'ensenyar a tots els centres de salut.

Amurrio et al.<sup>141</sup> analitzen la manera com els estudiants de psicologia conceben el procés de dol i la manera de superar la pèrdua d'un ésser estimat. S'administra un qüestionari a una mostra de 252 estudiants de psicologia per avaluar les creences que tenen sobre el dol i veure si el coneixen. També pretenen conèixer variables demogràfiques. S'analitzen els qüestionaris valorant les respostes correctes, les incorrectes i les dubtoses. Conclouen que la majoria d'estudiants tenen un bon concepte d'allò que és el dol, però que hi ha un percentatge alt amb conceptes erronis. Cal fer una educació específica sobre les Cures Pal·liatives i la mort i s'inclourà en el pla d'estudis de Psicologia, de manera que puguin respondre millor als seus futurs reptes professionals.

Tizón<sup>142</sup> relata les conclusions de la Primera Conferència d'Estat sobre "l'Educació Integral del Metge" i inclou les conclusions dels diversos grups de treball de la Conferència. Posa l'accent en la necessitat d'un canvi en l'orientació de l'aprenentatge introduint elements emocionals i experiencials en nous formats tècnics. Insisteix en la utilitat i la necessitat del grup i en especial del grups Balint.

Whyte et al.<sup>38</sup> ressalten que els estudiants de Medicina són generalment joves, sovint fora de casa per primera vegada, que estan aprenent a atendre les persones en totes les etapes de la vida, incloent aquelles que s'acosten a la mort. Investiguen com les seves experiències de dol personal poden tenir implicacions importants en el seu benestar i en el seu aprenentatge mèdic. No hi ha estudis previs. L'objectiu de l'estudi és identificar els dols personals dels estudiants de Medicina, la prevalença abans i durant el curs i quina relació de parentiu tenien amb la persona que ha mort. La mostra és de 1021 estudiants de Medicina de ciència bàsica i de Medicina clínica de la Universitat de Cambridge dividits en quatre grups. En començar el curs, un 23% dels preclínic havien experimentat alguna pèrdua; entre el 13% i el 22% van tenir un dol durant els cinc cursos de la carrera i alguns, entre un 1,3% i un 6,3%, van tenir més d'un dol. Les morts que van viure eren més aviat d'avis i d'amics. Conclouen que els estudiants de Medicina solen tenir experiències personals de dol tant abans de començar la carrera com durant la mateixa. Consideren que els educadors han de ser conscients de la gamma d'implicacions personals i educatives del dol que puguin tenir els estudiants i caldria assegurar-se que tenen l'ajuda adequada.

Neimeyer<sup>35</sup>, després d'una gran quantitat de recerca en el treball del dol i la necessitat d'un treball terapèutic, valora els canvis i els mètodes que es realitzen en el treball actual del dol. Argumenta que la seva inclusió en la formació professional pot donar suport als professionals que treballen amb famílies en el final de la seva vida d'una persona estimada i més enllà de la seva defunció.

O'Connor et al.<sup>143</sup> són conscients que els metges de família poden proporcionar ajuda en el dol als seus pacients. A aquest professional de la salut, hi recorren moltes persones quan necessiten suport. Aquest estudi el fan per a avaluar com els metges de família estan preparats per a poder atendre el dol dels pacients, l'educació rebuda respecte d'aquest tema i analitzar les necessitats que puguin tenir. Van partir d'un disseny qualitatiu utilitzant un enfocament construccionista social, és a dir, exploració de la realitat i pràctica d'allò que s'ha après. Van entrevistar 12 dones i 7 homes metges de família de l'oest d' Austràlia. 14 treballaven en la ciutat i 5 en zones rurals. Al mateix despatx on treballaven se'ls feia una entrevista semiestructurada. Van trobar punts de vista oposats en relació al dol i a la cura que cal tenir-ne. Aquests van ser: (1) si el dolor del dol és per a tothom igual o si és un procés individual, (2) el paper del metge de família per a intervenir davant la resiliència del pacient, (3) el metge de família sense temps per a escoltar els pacients, ja que més que proveïdors de serveis són només detectors, i (4) en l'educació i en el desenvolupament professional formal hi ha un decalatge amb l'aprenentatge experimental. Conclouen: els metges tenen un paper important i crític en l'exploració de l'angoixa i del dolor del dol. Els metges necessiten amb urgència l'educació en el dol tant a nivell de pregrau i postgrau i en el desenvolupament professional continu. D'altra banda, les teories i les construccions del dol que s'han pogut ensenyar pot ser que no estiguin al dia i llavors pot influir i ser perjudicial per a l'atenció del pacient.

Schillerstrom et al.<sup>144</sup> a través de la col·laboració entre Medicina pal·liativa i psiquiatria van fer una actuació sobre el dol amb els estudiants de primer curs de Medicina i membres de famílies que recentment havien patit la mort d'éssers estimats. L'objectiu era conèixer millor l'estudiant en iniciar la carrera. Una mostra de 222 estudiants de primer curs de Medicina es va dividir en 14 grups. A cada grup hi ha dos professionals de salut mental, un de Cures Pal·liatives i un membre de la família d'un pacient que acabava de morir. Es va propiciar una discussió sobre la mort i el morir entre tots els components i posteriorment es va avaluar l'activitat. El seu resultat fou que el 77% dels participants van reportar un augment en els nivells de confort a l'hora de tractar aquest tema i el 85% va informar d'un millor coneixement dels problemes del final de la vida. Els estudiants de Medicina que valoraven l'activitat van percebre un millor confort familiar. Van concloure que facilitar converses entre estudiants i membres de famílies en dol pot millorar la comoditat, el confort i el coneixement dels estudiants sobre aquest tema.

#### **2.5.1.8 Espiritualitat, religió, ètica**

Self et al.<sup>145</sup> realitzen aquest estudi quan es va aprovar el codi d'ètica a Medicina, fomentant un alt caràcter moral entre els metges. Examinen la influència de l'educació rebuda a la facultat de Medicina pel que fa al raonament i desenvolupament moral i ètic. A 20 estudiants de Medicina es passa el qüestionari Judici Moral de Kohlberg<sup>146,147</sup> a l'inici i al final de curs per determinar si les seves puntuacions de raonament moral havien augmentat i les van comparar amb altres persones que ja havien rebut l'educació formal. Es va trobar que els augments normalment previstos en les puntuacions de raonament moral no van ocórrer durant els 4 anys d'educació mèdica per a

aquests estudiants. Amb un rang de puntuacions de raonament moral entre 315 i 482, la troballa d'un augment mitjà des del primer any fins al quart any de 18,5 punts no va ser estadísticament significativa en la  $p < 0,05$ . L'anàlisi estadística va revelar correlacions significatives en la  $p < 0,05$  entre les puntuacions de raonament moral i l'edat, les puntuacions mitjanes de gènere, resultats d'exàmens d'admissió de la universitat mèdica, o de qualificacions. Juntament amb una breu descripció de la teoria cognitiva del desenvolupament moral de Kohlberg, algunes interpretacions i explicacions es donen per a les conclusions de l'estudi. Conclouen suggerint que la seva experiència educativa d'alguna manera inhibeix la seva capacitat de raonament moral en lloc de facilitar-la.

Chochinov et al.<sup>148</sup> a partir dels diferents estudis que han plantejat la influència de l'espiritualitat i la noció de dolor i sofriment espiritual, aquests autors examinen la relació entre espiritualitat i salut i exploren la percepció de les necessitats espirituals dels pacients, sobretot al final de la vida. Afirment l'evidència rellevant relacionada amb l'espiritualitat, dels pacients moribunds, dels professionals sanitaris, de la família o dels cuidadors informals. S'adonen de la dificultat de poder definir l'espiritualitat i de com poder abordar les intervencions per tal de millorar o reforçar els aspectes espirituals del morir. S'esforcen per comprendre més plenament les construccions de benestar espiritual, la transcendència, l'esperança, el significat i la dignitat, correlacionant-les amb les variables i els resultats com la qualitat de vida, el control del dolor, fer front a la pèrdua, i l'acceptació. Els investigadors van emmarcar aquests temes des d'ambdues perspectives, religiosa i secular, diferents punts de vista professional i en entorns culturals diferents. Abordar les

dimensions espirituals de la persona ofereix una oportunitat per a disminuir el patiment i millorar la qualitat del temps que queda per a aquells que estan a prop de la mort, alhora que permet eixamplar els horitzons de les Cures Pal·liatives.

Reese et al.<sup>149</sup> amb estudiants de Medicina, de treball social i joves residents de la comunitat d'una ciutat petita van examinar les creences religioses i culturals, l'ansietat cap a la mort, la negació i les preferències de tractament mèdic en l'atenció al final de la seva vida. La majoria prefereixen no perllongar la vida. Els tres grups diferien en les creences religioses i culturals i els tres tenien una quantitat moderada d'ansietat davant la mort. Els estudiants negaven menys la mort que els residents. Subratllen la necessitat de preparar els professionals perquè es puguin implicar en el final de la vida d'una persona.

Rodríguez del Pozo et al.<sup>150</sup> estudien com MedLine pot ajudar els metges a comprendre els contextos culturals i religiosos dels pacients, per tal de poder tractar-los com a un individu únic. o poder ser font d'informació de les tradicions. Es va trobar que mentre MedLine tenia capacitat per a identificar la informació més actualitzada, fiable i precisa sobre temes purament científics no passa el mateix quant a religió, cultura i l'atenció al final de la vida.

Daaleman et al.<sup>151</sup> constaten que encara que l'atenció espiritual és un element central de les Cures Pal·liatives, no està clar ni com es percep ni com s'ha de fer en el darrer tram de la vida. Exploren com els metges i altres professionals de la salut entenen i veuen l'atenció espiritual prestada als pacients moribunds i

els seus familiars. El mètode és qualitatiu basat en entrevistes i la corresponent anàlisi. La mostra és de 12 metges i altres professionals de la salut i cuidadors espirituals. Els resultats obtinguts van ser que estar present era el tema predominant, ajudat per la proximitat física i la intencionalitat i l'acció decidida d'una atenció que va més enllà del tractament mèdic. Aquesta presència va ajudar a contemplar la vida del pacient i a comprendre com la seva malaltia repercutia en ell que va desembocar en una atenció holística centrada en la dignitat i la humanitat del pacient. Van concloure que els metges i altres treballadors de la salut consideren l'atenció espiritual al final de la vida com un seguit de processos interpersonals fluids en el context dels valors humans i experiències reconegudes en lloc d'un conjunt de rols prescrits i proscrius.

Morán et al.<sup>152</sup> constaten que en un món amb canvis permanents la formació dels professionals de la Medicina necessita d'una reflexió continuada per a donar resposta a la societat en contínua transició i amb moments econòmics complicats que afecten també el sistema sanitari. Els professionals de la Medicina necessiten noves competències per a nous temps avaluades amb instruments, senzills, validats i acceptats per tots els agents implicats en la formació. Han de tenir una formació basada en valors ètics, hàbits i actituds, que abasti aspectes humanístics, científics i tecnològics; un coneixement i una pràctica del mètode científic, units a la gestió de la complexitat i de la incertesa; un maneig correcte del llenguatge científic, tecnològic i informàtic que faciliti l'aprenentatge autònom; una capacitat d'iniciativa i treball en equip, així com el desenvolupament d'habilitats per als assumptes personals i per a una eficaç participació democràtica en la societat i en les institucions sanitàries.

Lohfeld et al.<sup>153</sup> reconeixen la importància de l'ètica en la formació mèdica, encara que hi ha pocs instruments validats per a avaluar la presa de decisions ètiques. Pensen que el qüestionari "Ètica en l'Atenció" és un qüestionari de fiabilitat i validesa força baixa, d'acord amb altres mesures de la presa de decisions ètiques. No obstant això, no limita la utilitat de l'instrument com a eina per a generar debat sobre temes ètics en la Medicina.

Per a Tucker<sup>154</sup>, reforça que la societat està vivint en una cultura situada en el desafiament de la mort i amb unes actituds que ajuden a reforçar la por i la negació. Reivindica la necessitat d'un afrontament que porta a l'apropament i a un canvi de visió necessaris perquè els professionals de Cures Pal·liatives puguin atendre els moribunds en tots els seus desitjos.

Montilva et al.<sup>155</sup> volent contribuir a la formació de docents universitaris per a l'educació en moral i valors, en estudiants de ciències de la salut, van dissenyar i executar un curs dirigit a docents dels Programes de Medicina i Infermeria de la UCLA. Realitzen un estudi qualitatiu per tal de sistematitzar l'experiència a través d'un curs. El programa del curs contempla continguts sobre conceptes bàsics, models d'Educació Moral i Valors, emfatitzant el model de Construcció de la Personalitat Moral, el rol del docent, estratègies educatives, com fer formació la formació i l'avaluació dels aprenentatges. La mostra és de 82 participants que van respondre, en forma anònima, 6 preguntes obertes referides a: utilitat i pertinença de temes com recursos utilitzats, estratègies educatives, principals aprenentatges i recomanacions. El resultat que van tenir van ser que van aprendre models d'educació en moral i valors, dilemes morals,



els conceptes bàsics, la reflexió personal i del quefer acadèmic. El curs va ser valorat positivament i va promoure la reflexió sobre l'exercici de valors en el personal professional i acadèmic.

Tomàs-Sábado<sup>156</sup> analitzen la relació entre la religió i l'ansietat davant la mort en diferents grups de població. Postulen el possible paper de la religió en l'ansietat davant de la mort i com hi podria influenciar. Analitzen les diferents dimensions de la religió (extrínseca i intrínseca) i els diferents nivells de religiositat i com podrien influir en una resposta emocional al fenomen de la mort (mort real, vicària o imaginària), especialment, en l'ansietat davant de la mort. A més, es va analitzar com la relació entre la religió i l'ansietat podria estar interferida per altres variables psicològiques com, per exemple, la competència personal, l'ansietat en general, l'optimisme, la intel·ligència emocional, o altres emocions com la culpa, la vergonya o el dolor espiritual.

Bridge et al.<sup>157</sup> diuen que els estudiants aprenen totes les matèries, però el que fa referència a l'espiritualitat els costa. Es plantegen si a partir de Cassell 1982 hi ha hagut un procés. Constaten que hi ha dades que mostren l'atenció agressiva per part dels metges i la gran proporció de pacients que moren en unitats de cures intensives en contra dels seus desitjos. Els conceptes, " patir " i " guariment ", són el centre d'una opció d'aprenentatge que s'ha ofert als estudiants de 5è curs de Medicina d'Austràlia Occidental des de 2007. A partir d'aquests conceptes surten una àmplia gamma de temes, com l'espiritualitat, el sofriment. Exposen que els estudiants no tenen dificultat per aprendre la farmacologia i administrar-la, encara que no tenen res per a oferir als pacients, especialment, en l'angoixa psicoespiritual experimentada quan enfronten la

mort. A més a més, aquests autors consideraven que els estudiants de Medicina negaven i reprimien els sentiments dels pacients, quan per a aquests era la necessitat preferent i el que més valoraven. Reflexionen en la necessitat de posar l'accent en l'aprenentatge del pacient estant a peu de llit.

Byrne<sup>158</sup> expressa que l'espiritualitat i la necessitat espiritual són multifacètiques per les diverses creences sobre el concepte d'espiritualitat i les necessitats espirituals dels pacients. Convenen que cal cercar un llenguatge per tal de poder comunicar-se en profunditat en aquests temes i reafirmen la necessitat de l'abordatge espiritual en les Cures Pal·liatives.

Castelo – Branco et al.<sup>159</sup> es basen en el fet que l'espiritualitat és intrínseca al ser humà i es manifesta, també, associada a la malaltia, la pèrdua o quan l'ésser humà s'enfronta amb el sofriment o la mort. Aquestes necessitats espirituals no es processen d'igual forma en la persona sana o malalta per la qual cosa requereix una intervenció rigorosa i professional. L'objectiu del seu estudi és identificar les necessitats espirituals de la persona hospitalitzada i el concepte d'espiritualitat. Per la qual cosa fan una revisió de deu estudis quantitius i qualitius sobre necessitats espirituals, publicats en el període comprés de l'any 2004 al 2011. En les anàlisis realitzades emergeixen les següents necessitats espirituals: la recerca de sentit en la malaltia i el sofriment; estar en relació amb els altres i amb l'Ésser superior. Realitat que assenyalava presència evident de valors, creences espirituals, fe, esperança i necessitats religioses, associades als conceptes: sentit de vida, relacions, transcendència i pràctiques religioses. Conclouen que els malalts poden

expressar les seves necessitats espirituals de maneres molt subtils. Els professionals han d'avaluar les necessitats espirituals oberts de ment i ser capaços de proporcionar l'assistència més adequada.

López – Sierra et al.<sup>160</sup> han fer una cerca de la literatura sobre cultura, religió i espiritualitat en l'atenció en el darrer tram de la vida i en Cures Pal·liatives de pacients malalts de càncer. S'examinen 26 articles notables publicats entre agost de 2013 i agost 2014. S'ha fet evident que religió i espiritualitat evoca en els pacients les fonts per trobar les fortaleeses internes necessàries, que inclouen les perspectives, els rituals per transcendir la condició humana i les modalitats de fer front a les seves malalties oncològiques. Sempre es manifesten en diversos entorns culturals. També, la religió i l'espiritualitat proporcionen a l'individu i les seves famílies un context i una memòria social, que inclou les tradicions i pràctiques socials de la família per a mantenir el significat i el benestar. Han de ser estudiats tenint en compte els contextos religiosos i culturals particulars dels individus, Conclouen que aquest estudi suggereix que existeix una relació entre religió i espiritualitat, la diversitat cultural i la salut. I les Cures Pal·liatives en són un exemple ja que han considerat que comencen a tenir un paper en l'atenció de pacients amb malalties terminals oncològics. També mostren que es podrien millorar encara més les intervencions pràctiques per a ser sensibles i al suport i a la diversitat cultural en l'atenció al final de la vida.

Martyn et al.<sup>161</sup> exploren el concepte d'ànima en els estudiants de Medicina. Se'ls va entrevistar després de visionar un documental. Va sorgir un tema

comú: la majoria creuen que l'ànima deixa el cos en la mort. Posteriorment els estudiants de segon any de la Universitat d'Otago a Dunedin, Nova Zelanda, van participar en una enquesta responent amb un text lliure que descrigués la seva comprensió de l'ànima. El concepte d'ànima en alguns dels estudiants estava relacionat amb esperit o força vital, valors i personalitat. Els estudiants discuteixen la seva ubicació i la majoria indica que l'ànima no s'uneix al cos, però altres assenyalen el cor o el cervell com el seient de l'ànima. Va sorgir un tema comú en relació amb la mortalitat de l'ànima, i la majoria creu que l'ànima deixa el cos en la mort. Alguns relacionen l'ànima amb les seves creences religioses, mentre que altres que no creuen en el concepte d'una ànima la van descriure com un "mite" que s'utilitza per portar consol en el moment de la mort. És important reconèixer la diversitat de punts de vista quan s'explora el procés de la mort i l'espiritualitat amb els estudiants de Medicina.

Vilalta<sup>162</sup> posa en relleu que les necessitats espirituals juguen un paper important en les Cures Pal·liatives encara que és un repte el seu abordatge. L'objectiu del seu estudi va ser avaluar les necessitats espirituals dels pacients diagnosticats amb càncer avançat i terminal de la unitat de Cures Pal·liatives d'un hospital de Barcelona. La mostra es de 50 pacients als quals es va passar un qüestionari. Després de la seva anàlisi es van agrupar els resultats en 11 categories de necessitats espirituals. Dues van ser les necessitats més rellevants: els malalts en últim tram de la seva vida volen ser reconeguts com a persona i volen conèixer la veritat sobre la seva malaltia. Aquests resultats suggereixen que els pacients volen viure el present amb tanta normalitat com

sigui possible i només mostren menys preocupació pel seu passat i pel seu futur.

### **2.5.1.9 Estudiants de Medicina i altres variables**

L'escassetat de *donants d'òrgans* és el factor que limita el trasplantament d'òrgans. S'han proposat moltes estratègies per augmentar la donació. Una és la que Bedi et al.<sup>163</sup>, amb l'objectiu de millorar la consciència de la donació i trasplantament d'òrgans entre els Estudiants de Medicina, investiguen el seu coneixement, les seves percepcions i les seves actituds envers la donació. Per al seu estudi van utilitzar un qüestionari en línia de 32 ítems que van distribuir a 957 estudiants de Medicina de la Universitat de Leeds del Regne Unit l'any 2012. Els resultats que es van extreure és que el 82,3% dels estudiants entenen el terme de mort cerebral, però, el 75,8% no tenen la comprensió dels criteris utilitzats per a la prova de la mort del tronc cerebral. Les seves percepcions i actituds són favorables a la donació d'òrgans, encara que el 43,3% dels estudiants estan descontents dels seus coneixements vers la donació, i el 87,6% dels estudiants estan d'acord en el fet que l'ensenyament de la donació i els trasplantament d'òrgans s'ha d'incloure en el pla d'estudis. La conclusió és que els estudiants tenen un coneixement bàsic, però no un coneixement detallat sobre la donació d'òrgans.

Amb la intenció d'apropar les persones a les Cures Pal·liatives, es va realitzar un programa de formació de *voluntaris*. Mott et al.<sup>164</sup> avaluen la utilitat i l'impacte de l'exposició dels moribunds en estudiants de Medicina de primer any. Es va presentar als estudiants com una matèria optativa. A 55 estudiants se'ls va preparar durant 3 hores i després se'ls va obligar a realitzar almenys dues

visites consecutives a l'hospital amb pacients assignats per tal d'obtenir el crèdit del curs. Es van recollir les experiències dels estudiants i es van analitzar utilitzant metodologia qualitativa. Van sortir 5 temes: les percepcions respecte als pacients de Cures Pal·liatives, les reaccions respecte a un mateix, la normalitat de l'atenció al pacient en el final de la vida a la seva llar, l'impacte dels testimonis de la mort i el morir i els suggeriments per a millorar, als estudiants de Medicina, l'educació cap a la mort i el morir. Es conclou que el voluntariat durant els cursos preclínic proporciona una formació experiencial valuosa per a tenir cura dels pacients greument malalts i de les seves famílies i fomenta la reflexió personal i habilitats empàtiques.

#### **2.5.1.10 Infermeria i actituds cap a la Mort**

Amb els professionals d'infermeria, s'han fet molts estudis sobre les actituds cap al pacient al final de la vida, especialment per l'abordatge que han de fer del Sofriment i la Mort amb el malalt i la seva família. Aquí s'expliciten els estudis realitzats en llocs propers a les nostres contrades.

Colell et al.<sup>165</sup> analitzen les actituds, creences i emocions davant la mort i alhora identifiquen els principals aspectes que puguin facilitar el traspàs del pacient d'una manera digna i a ser possible morir en pau. L'estudi es fa amb 150 estudiants d'infermeria de primer curs de les universitats de Lleida i de Sevilla i se'ls passa l'escala Collett-Lester, revisada i modificada, un qüestionari del valors que poden ajudar a morir en pau i un qüestionari sobre preferències laborals. Els resultats trobats són que els estudiants d'infermeria prefereixen treballar a pediatria i allò que menys desitgen és treballar amb malalts de sida. En aquests estudiants, la Por a la Mort genera més ansietat que la Por al

Procés de Morir. El fet de pensar que la vida ha tingut sentit i estar a prop de les persones estimades són factors que ajuden a morir en pau. Se suggereix una formació específica en Cures Pal·liatives en la qual els aspectes psicològics i emocionals cobren especial rellevància.

Tomàs-Sábado et al.<sup>166</sup> parteixen de que la mort, pel fet de ser inevitable, és un estímul ansiogen capaç d'afectar les actituds i el comportament de les persones i que pot incidir en la qualitat del tenir cura del pacient per part del professional d'infermeria. La necessitat d'una formació específica els porta a analitzar els efectes que un curs de formació en acompanyament en el procés de morir pot tenir sobre l'ansietat cap a la mort en infermers i en auxiliars d'infermeria que treballen en hospitals. Estudien la influència que l'ansietat cap a la mort pot tenir en variables como el sexe, la professió, l'edat i l'experiència professional. S'utilitza l'Escala de Ansietat cap a la Mort de Templer, en una mostra de 150 infermers, dels quals 88 havien fet el curs de formació i 62 no. Es troben diferències significatives en l'ansietat cap a la mort entre infermeres i auxiliars; haver fet el curs disminueix la ansietat cap a la mort en les infermeres, encara que augmenta en les auxiliars. Més tard Tomàs-Sábado et al.<sup>167</sup> presenten una revisió de la literatura de les troballes publicades en relació amb les variables humanes que s'associen o condicionen l'ansietat cap a la mort com la salut, la religiositat, la conducta suïcida i la personalitat, a més a més del gènere, l'edat i la professió. Quant al gènere, en els estudis revisats, els primers resultats datats de 1977, les dones presentaven més ansietat cap a la mort que els homes. El 1999, Bayés et al. també troben més ansietat cap a la mort en les dones, encara que pel fet d'haver analitzat la mostra amb l'escala

Collett-Lester modificada, fan la diferenciació entre la Por a la Mort i la Por al Procés de Morir, provocant més ansietat el Procés de Morir que la mateixa mort. Neimeyer i altres no van trobar diferències significatives entre dones i homes respecte a l'ansietat cap a la Mort. Wong i Gesser suggereixen que les diferències que s'han pogut trobar podrien ser degudes al fet que l'home intenta evitar amb més intensitat els pensaments relacionats amb la mort que les dones.

Segons Rojas et al.<sup>168</sup>, els professionals de la salut han d'estar preparats, en tant que científics i éssers humans, per a tractar, acompanyar i ajudar a qualsevol persona en els moments difícils abans de la seva mort. L'objectiu de l'estudi és identificar les actituds dels estudiants de Ciències de la Salut cap al seu propi procés de morir i les circumstàncies que l'envolten, de manera que se'ls pugui donar una formació adequada per a poder estar amb persones en situació terminal. Es fa l'estudi amb una mostra de 666 estudiants de Ciències de la Salut de Múrcia als quals es passa un qüestionari que tracta sobre què els ajudaria a morir en pau i l'ansietat cap al procés de morir. De l'estudi fet, es valora que saber que la vida no se'ls perllongarà artificialment els preocupa tant com el dolor i el patiment. Consideren que cal preparar els futurs professionals de la salut a nivell personal i professional de manera que siguin capaços de proporcionar una atenció de qualitat i confort a les persones en les situacions i aspectes que s'associen amb la mort per tal que la puguin afrontar.





# *Justificació de l'estudi*



### **3 Justificació de l'estudi**

La tecnificació i la ciència han experimentat un avanç tal que no va compassat amb els canvis viscuts en la societat. Aquesta realitat comporta una diferent relació entre les mateixes coses i entre les persones.

En Medicina, el metge, que ha estat format per a guarir, pot ser que visqui el Sofriment i la Mort com un fracàs. Amb els avenços tecnològics, hom ha arribat a creure's tan superior que pensa poder dominar els grans misteris de la vida. És en el cicle de la vida on s'ha de contemplar la mort. Per l'experiència sabem que hem de morir i és en la mort quan la persona aconsegueix el seu camí. Amb tot, la societat ha fet de la mort un tabú com si no formés part de la vida. Sofrir i morir són el gran fracàs de la ciència.

En aquest marc, també trobem una societat més envellida ocasionada pel canvi de l'esperança de vida i pels avenços farmacològics que converteixen les malalties fins ara incurables en cròniques. I és en aquest mateix marc on es prepara els estudiants de Medicina per a exercir la seva professió. Se'ls dona la formació per a guarir persones. A voltes, a tenir cura dels òrgans d'un cos, desvinculant-los de la persona. Aquesta realitat implica no valorar que hi ha malalties que no es poden curar; que hi ha persones que moren perquè el seu cos, amb els anys, ha envellit; que hi ha joves que perden la vida en un accident... I, en el cas que es contempli, no és habitual que s'ensenyin aquelles habilitats i estratègies necessàries per a poder-hi fer front.

D'altra banda, sabem per experiència que no podem donar allò que no hem interioritzat, viscut o conegut. O, si ho fem, es corre el risc de cremar-se<sup>88</sup> per no estar preparats. En definitiva, el dolor, el sofriment i la mort existeixen i el personal sanitari se'ls troba i no els pot obviar.

Valorem que els metges del demà hauran de conviure amb tot l'exposat enmig de canvis continuats per als quals caldrà estar-ne preparats. Entenem que els estudiants de Medicina, futurs metges, tot i ser portadors de vida, hauran de treballar amb persones malaltes i, possiblement, caldrà que afrontin amb elles el procés d'afecció i els seus darrers moments de vida.

Els estudiants de Medicina són joves que, des que entren a la facultat, treballen enmig de la pèrdua i provenen d'una societat que no té cultura de mort i, a més a més, l'amaga. Entenem, per aquesta raó, que pot representar un xoc important en la seva realització personal en construcció i, més tard, en la seva capacitat professional dedicada a tenir cura de l'altre i a ajudar-lo, si s'escau, a ben morir.

És per això que hem endegat aquesta investigació per a conèixer com els estudiants de Medicina afronten la Mort i el Sofriment, tant en el que concerneix els altres com a ells mateixos. Depenent de com ho visquin, pot anar en detriment d'ells mateixos, per l'ansietat i l'estrès que els pot representar i també de la mateixa professió, ja que és impossible evitar el patiment. Sabem per experiència que mai no podem fer el mapa d'un camí, si abans no l'hem explorat i trepitjat per tots els costats.

Així, doncs, si coneixem quines actituds d'afrontament a la Mort i al Sofriment tenen els estudiants de Medicina, si s'escau, podrem cercar eines i maneres per a poder ajudar-los i facilitar-los l'aprenentatge de les competències que el bon metge ha de tenir. Considerem que l'aproximació a l'avaluació i la mesura constitueixen un primer pas per a poder establir de forma adequada estratègies de canvi. Conèixer millor la realitat ens pot ajudar a modificar-la millor. Conèixer per aprendre a canviar la mirada.



*Hipòtesis*





## **4 Hipòtesis**

Les hipòtesis plantejades en aquest estudi són les següents:

1. L'ansietat enfront la mort i les actituds d'afrontament dels estudiants de Medicina estan relacionades amb variables com són el gènere, l'edat, les experiències vitals i la seva psicobiografia.
2. Hi ha una influència de l'ansietat enfront la mort i les actituds d'afrontament dels estudiants de Medicina en relació amb el Pla d'Estudis.



*Objectius*



## **5 Objectius**

A continuació es presenten l'objectiu general i els objectius específics de l'estudi.

### **5.1 Objectiu general**

L'objectiu general de l'estudi és el següent:

- Conèixer com afronten el Sofriment i la Mort els estudiants de Medicina de la UdL del cursos compresos entre el 1998 – 2014.

### **5.2 Objectius específics**

Els objectius específics de l'estudi són els següents:

1. Descriure les característiques de la població dels estudiants de Medicina de la UdL i la seva correlació amb l'afrontament al Sofriment i la Mort.
2. Comprovar l'ansietat enfront la Mort i el Morir dels estudiants de Medicina.
3. Veure si varien les actituds cap a la Mort i el Morir dels estudiants de Medicina en els diferents anys de la carrera.
4. Discriminar si es troben diferències en l'afrontament a la Mort entre els estudiants de llicenciatura i els de grau en Medicina.
5. Estudiar si el gènere correlaciona amb l'ansietat enfront la mort dels estudiants de Medicina.
6. Analitzar la relació entre les actituds cap al Sofriment i la Mort dels estudiants de Medicina i haver viscut la mort d'una persona estimada.

7. Establir si els estudiants de Medicina que tenen familiars propers professionals de la salut determina les seves actituds enfront la Mort i el Morir.
8. Considerar si haver fet tasques de voluntariat correlaciona amb l'ansietat cap al Sofriment i la Mort de l'estudiant de Medicina.
9. Determinar si l'ansietat cap a la Mort i el Morir es relaciona amb les creences dels estudiants de Medicina.
10. Descobrir quina és l'actitud sobre la donació d'orgues dels estudiants de Medicina i la relació amb l'afrontament al Sofriment i la Mort.
11. Contrastar les competències percebudes pels estudiants de Medicina i la seva por a la Mort.

*Metodologia*





## 6 Metodologia

### 6.1 Descripció de l'estudi

Aquest estudi forma part d'un projecte d'investigació més ampli que s'endinsa en la recerca del coneixement i l'exploració de la personalitat dels estudiants de Medicina.

És un estudi quantitatiu, descriptiu, realitzat amb estudiants de Medicina dels cursos 1r, 3r, 4t i 6è, que corresponen a l'inici i final del període preclínic i clínic o de contacte amb el malalt.

**Context:** Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida en l'interval dels cursos acadèmics compresos entre 1998-99 i 2013-14.

A fi d'endinsar-nos en la manera com els estudiants de Medicina de la UdL afronten la Mort i el Morir, es fa la recerca emprant una metodologia quantitativa que ens permetrà, per la seva naturalesa, conèixer i explicar la realitat. Així, podrem obtenir una sèrie de dades objectives i precises que podrem quantificar, valorar i correlacionar.

Els instruments utilitzats per a l'estudi, formaran part de tres grans apartats: *escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir*, *escala d'Afrontament a la Mort* i *escala de Competències Percebudes*.

### **6.1.1 Escala Revisada Collett-Lester de por a la Mort i al Procés de Morir**

Neimeyer<sup>29</sup> en el recull de mètodes que avaluen l'ansietat cap a la mort, presenta l'*Escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir* ideada per a proporcionar una mesura de l'ansietat cap a la mort que distingís entre la por a la mort i al procés de morir i entre les pors respecte a un mateix i respecte als altres. L'origen d'aquesta escala el trobem en l'Escala Collett-Lester de la Por a la Mort presentada per Collett i Lester l'any 1969. Va ser ideada per a poder donar una mesura d'ansietat davant de la mort i diferenciar-la de les que ja existien, però donant pes a la por a la mort, ja que, en aquells moments, les escales que es feien servir barrejaven l'ansietat cap a la mort amb els funerals i el cementiri. També van pretendre fer la distinció entre la por a la pròpia mort i la por al procés de morir i entre les pors respecte a un mateix i respecte als altres. La revisió de l'escala es va fer atenent a dues raons principals: per la desigualtat del número d'ítems de cada subescala i pels problemes que diferents persones havien tingut a l'hora de puntuar-les. Així, aquesta distinció es va fer pensant que podria ajudar als mateixos subjectes a analitzar, de manera més coherent, les seves actituds. També, per agrupar els ítems per a la posterior puntuació i correcció. En revisar-la, es va simplificar la puntuació, es va donar el mateix valor a tots els ítems i totes les subescales tenien el mateix número d'ítems.

Lester diu que, tot i haver estat molt temps inèdita la seva escala, són molts els investigadors que l'han utilitzada i que és en el treball de compilació dels mètodes d'avaluació de l'ansietat davant de la mort de Neimeyer quan la publica per primera vegada, permetent usar-la a qualsevol investigador que ho

desitgi. Aporta les dades que recolzen la fiabilitat i validesa de constructe ja que l'autor en el seu recull, endemés de comentar les dades sobre les propietats psicomètriques de cada instrument, resumeix la investigació que amb aquests s'ha fet i reproduceix, amb les claus de correcció, les diferents escales per a facilitar la seva utilització als investigadors i professionals que n'estiguin interessats.

Com ja s'ha dit, els ítems estan separats en quatre subescales que poden ajudar a qui la respon a analitzar les seves actituds cap a la mort de manera més coherent. Tots es ítems tenen el mateix valor (1 – 5) i cada subescala té el mateix nombre d'ítems. L'escala consta de 32 ítems repartits en 4 subescales de 8 ítems cadascuna.

Les 4 subescales de l'Escala Revisada de Collett – Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir són (Taula 4):

- *Por a la pròpia mort.* Els ítems que conformen aquesta subescala van tots adreçats a la por que té la persona en la seva intimitat respecte al seu òbit.
- *Por al propi procés de morir.* Els ítems d'aquesta subescala es refereixen a la por al transcurs del darrer tram de la seva vida.
- *Por a la mort dels altres.* Els ítems que corresponen a aquesta subescala valoren la por que hom pot tenir per la defunció de les persones estimades.

- *Por al procés de morir dels altres.* Els ítems que configuren aquesta subescala avaluen la por cap el final de la vida de les persones properes.

**Taula 4.-** Subescales de l'Escala Revisada de Collett – Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir.

<b>Mort del JO</b>	<b>Por a la Pròpia Mort</b>
	<b>Por al propi Procés de Morir</b>
<b>Mort del TU</b>	<b>Por a la Mort dels altres</b>
	<b>Por al Procés de Morir dels altres</b>

Havent-hi una escala per avaluar l'ansietat cap a la Mort que aporta les dades que recolzen la seva fiabilitat i validesa i amb els permisos corresponents per a ser utilitzada, s'ha cregut convenient basar-nos en aquesta i fer el tractament estadístic que li correspon (veure Annex 3).

### 6.1.2 Escala d'Afrontament a la Mort

Per tal d'avaluar com els estudiants de Medicina conceben la mort, les actituds relacionades amb ella i el significat que li puguin donar, ens poden servir per a determinar com es comporten. És per això que del Perfil revisat d'actituds cap a la mort de Gesser et al.<sup>29</sup> s'han utilitzat 7 ítems descartant els altres que no ens semblaven apropiats per al nostre treball. Es valora d'1 a 7, anant del Totalment en Desacord (TD) al Totalment d'Acord (TA). (Veure Annex 4).

- La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable
- Me siento preparado para afrontar mi muerte
- Evito totalmente pensar en la muerte
- El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho

- Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos
- Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero
- Si tuviera una enfermedad mortal me gustaría que me lo dijeran

### 6.1.3 Escala de Competències Percebudes

S'ha volgut saber les competències que els estudiants tenien, alhora que l'autoeficàcia cap a la donació d'òrgans. Per aquest motiu s'han utilitzat 7 ítems que pensàvem que eren escaients per al nostre estudi de l'escala d'autoeficàcia front a la mort relacionada amb les "hospices" de Robbins (1992)<sup>29</sup>. L'escala es valora de 0 al 10 sent 0 "Molt insegur", 5 "Moderadament segur" i 10 indica "Completament segur".

1. Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo
2. Consentir la donación de órganos o tejidos de un miembro de la familia
3. Hacer los comentarios sobre la donación de órganos en el momento oportuno
4. Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente
5. Entender el duelo y el dolor de la pérdida
6. Estar con una persona en el momento de la muerte
7. Firmar tú mismo una tarjeta de donante": puntuació mitjana (veure Annex 5).

S'ha passat als estudiants de Medicina un *qüestionari sociopsicobiogràfic*, *l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir*, *l'escala d'Afrontament cap a la Mort i l'escala de Competències Percebudes* que donen una consistència a l'estudi endegat i un coneixement en profunditat de l'estudiant de Medicina cap al Sofriment i la Mort.

#### **6.1.4 Recollida d'informació**

S'ha recollit les dades en l'interval dels anys 1999 i 2014. Durant aquest el període, ha tingut lloc el canvi de pla d'estudis: el Pla Bolonya que s'implanta el curs 2008-09.

Els passos que s'han seguit per a la recollida d'informació han estat els següents:

1. Es sol·licita permís a les autoritats acadèmiques per a tenir accés als estudiants.
2. Es lliura el dossier a complimentar als estudiants, prèvia presentació de l'estudi a realitzar i de les persones que el dúiem a terme per part del professor que col·labora cedint la seva hora lectiva. Els alumnes responen el dossier lliurat en la mateixa aula.
3. S'entrega una carta als estudiants de Medicina per a demanar-los la seva col·laboració, apel·lant al seu esperit científic, explicant la recerca a realitzar i sense cap contraprestació (veure Annex 7).
4. Els alumnes assistents aquell dia a classe que no volen col·laborar abandonen l'aula, ja que la participació a l'estudi és totalment voluntària i es passa en horari lectiu sense avisar prèviament l'alumnat.

El material utilitzat per a la recollida d'informació s'ha adjuntat en un dossier que comprèn:

- Qüestionari sociobiopsicogràfic d'elaboració pròpia (veure Annex 1).
- Escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir<sup>29</sup> (veure Annex 3).

- Escala d'afrontament a la Mort (veure Annex 4).
- Escala de Competències Percebudes (veure Annex 5)

## 6.2 Subjectes i mostreig

Els alumnes enquestats han estat 682 estudiants de Medicina, distribuïts en 174 alumnes de 1r curs, 225 alumnes de 3r curs, 124 alumnes de 4t curs i 159 alumnes de 6è curs. D'aquests alumnes, 500 corresponen a cursos del 1999 al 2004 que van seguir el pla d'estudis de la llicenciatura de Medicina que diferenciava els períodes preclínic i clínic. Els restants 182 han seguit el pla d'estudis del Grau de Medicina, l'anomenat Pla Bolonya que es va implementar el curs 2009/2010 (Taula 5).

El nombre total d'alumnes que van col·laborar complimentant els qüestionaris va ser de 682: 500 són estudiants de llicenciatura i 182 corresponen al curs 2013-14 que són estudiants de Grau de Medicina.

**Taula 5.-** Distribució d'alumnes per anys d'enquesta i curs.

Any	1r	3r	4t	6è
1999	63	75	28	65
2003	41	59	75	94
2013	70	91	21	-
Total	174	225	124	159

La distribució d'alumnes matriculats en aquests cursos durant el període d'estudi i els anys que es va passar l'enquesta van ser, segons dades de les memòries de la UdL dels respectius cursos, en total 2.812 (Taula 6).



**Taula 6.-** Distribució d'alumnes matriculats a la Facultat de Medicina de la UdL per curs durant els anys que es va passar enquestes.

Curs escolar	Nou accés 1r	Total 1r cicle	Total 2n cicle	Totals
1999-2000	102	329	208	<b>537</b>
2000-01	109	313	250	<b>563</b>
2002-03	116	307	276	<b>583</b>
2003-04	105	176	412	<b>588</b>
2013-14	125			<b>541</b>
<b>Total</b>	<b>557</b>			<b>2.812</b>

La taxa de no col·laboració per abandonament de l'aula dels alumnes assistents aquell dia i aquella hora de classe, va ser de menys d'un 44% en el cas dels alumnes de primer i de menys d'un 12% en global en la resta de cursos. El total d'alumnes que van col·laborar va ser de 172 de primer curs (56,3% dels assistents a classe) i 510 de la resta de cursos (88,8% dels assistents a classe).

### 6.2.1 Criteris d'inclusió

Els criteris d'inclusió han estat:

- Estar matriculats a la carrera de Medicina en el curs que es passa el dossier.
- Assistir a classe el dia que es passa l'enquesta, ja que no estava fixada la data amb els estudiants.
- Donar explícitament el consentiment informat. L'alumne roman a la classe després de la presentació de l'estudi per part del professor i de les investigadores.

### **6.2.2 Criteris d'exclusió**

Els criteris d'exclusió han estat:

- L'alumne que manifesta no voler participar en l'estudi.
- L'alumne que ha deixat el dossier incomplet. S'han hagut d'excloure 6 casos.

Tenint en compte els criteris d'inclusió i exclusió, la mostra final analitzada és de 676 estudiants.

### **6.2.3 Aspectes ètics**

L'estudi es realitza seguint les directrius de la Declaració Universal sobre Bioètica i Drets Humans de la UNESCO (412) i de la Declaració de Helsinki sobre els Principis Ètics per a la Investigació Mèdica en Éssers Humans de la World Medical Association (413). Concretament:

- La participació és de caràcter voluntari.
- Es garanteix l'anonimat i la confidencialitat de les dades.
- Es fa amb el vist-i-plau de les autoritats acadèmiques.

### **6.3 Tractament estadístic**

En primer lloc s'han buidat les dades dels dossiers de qüestionaris de cada estudiant i s'han passat a un full de càlcul (Excel 2007, Microsoft) separant-les segons l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir, l'escala d'Afrontament a la Mort i l'escala de Competències Percebudes

A continuació s'ha fet una anàlisi descriptiva de les dades obtingudes dels qüestionaris i les escales. I, finalment, s'ha dut a terme una anàlisi estadística comparativa per tal posar de manifest possibles relacions entre les variables. El tractament estadístic s'ha realitzat amb el programa SPSS Statistics versió 19 (IBM).

### **6.3.1 Anàlisi descriptiva**

S'ha realitzat una anàlisi descriptiva específica de les dades obtingudes en l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir, l'escala d'Afrontament a la Mort i l'escala de Competències Percebudes, per separat.

Per cada variable obtinguda s'ha calculat la seva mitjana i la seva desviació estàndard i s'ha graficat la seva distribució per tal d'analitzar el seu comportament. Les variables numèriques estan descrites mitjançant estadístics de centralitat (mitja, mediana) i de dispersió (desviació típica, rang). Les variables categòriques es resumeixen mitjançant taules de freqüència amb percentatges.

### **6.3.2 Anàlisi comparativa**

L'anàlisi comparativa ha consistit en correlacionar les variables descriptives de la mostra amb l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir, l'escala d'Afrontament a la Mort i l'escala de Competències Percebudes entre elles. Per a això s'han utilitzat diversos tests segons els tipus de variables.

Les comparacions de variables entre grups s'ha realitzat mitjançant proves per grups independents: en el cas de variables numèriques, T d'Student o U de Mann-Whitney, segons si la distribució de les dades recomana emprar mètodes paramètrics o no, respectivament; i el test chi-quadrat o exacte de Fisher en el cas de variables categòriques.

En general s'han considerat estadísticament significatius els resultats dels tests amb p-valor menor que 0,05.

S'ha emprat el software estadístic SPSS 19 (Armonk, NY: IBM Corp.) per realitzar les anàlisis estadístiques.

## **6.4 Descripció de la mostra**

### **6.4.1 Antecedents sociopsicobiogràfics**

Conèixer com els estudiants de Medicina afronten la Mort i el Morir de manera aïllada de la realitat que els envolta -l'entorn socioeconòmic i demogràfic i la seva biopsicografia- seria com tenir una sèrie de dades buides de sentit i contingut i, sobretot, poc clarificadores.

Per a aquest estudi, s'ha elaborat un qüestionari que el componen una sèrie de preguntes sobre dades personals, socioeconòmiques i psicobiogràfiques que ens permetrà conèixer l'entorn de l'individu, les influències rebudes i, també, les experiències de malaltia i de mort que pot haver viscut al llarg de la seva vida (veure Annex 1).

Es descriuen les variables classificant-les per grups:

- A. *Variables personals*: gènere, edat, residència, economia, lloc on s'ha cursat BUP/ESO/Batxillerat, antecedents familiars metges.
- B. *Variables referides a la Medicina*: època decisòria d'estudiar Medicina, rotatori en curs, canvi d'especialitat originat pel rotatori, per què del canvi, especialitat que m'agradaria fer.
- C. *Variables referides a l'altruisme*: voluntariat, visitar malalts.
- D. *Variables referides a la salut*: percepció pròpia de salut, experiència de malaltia greu o minusvalia pròpia, experiència hospitalària pròpia.
- E. *Variables referides a la vivència de la mort*: experiència de mort propera, relació/parentiu amb l'experiència de mort propera, experiència de mort presencial.
- F. *Variables referides a les creences*: tenir creences religioses, creure en el més enllà.
- G. *Variables referides a la formació personal*: cursos de creixement personal i/o haver llegit literatura sobre la mort.

La descripció de les variables es troba en l'Annex 2.

#### **6.4.2 Gènere**

Els 676 estudiants de Medicina que han participat en l'estudi, es distribueixen en 503 noies (74,4%) i 173 nois (25,6%), tal com s'aprecia a la Figura 1.

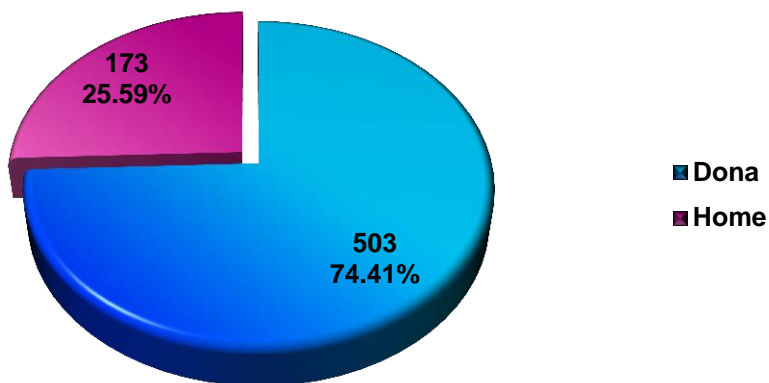


Figura 1.- Distribució dels estudiants de Medicina participants per gènere.

### 6.4.3 Edat

L'edat mitjana dels estudiants participants és de 21,3 anys amb una desviació estàndard de 2,45 anys i un rang de 18 a 37 anys. A la Figura 2 es pot apreciar la distribució per edat dels estudiants.

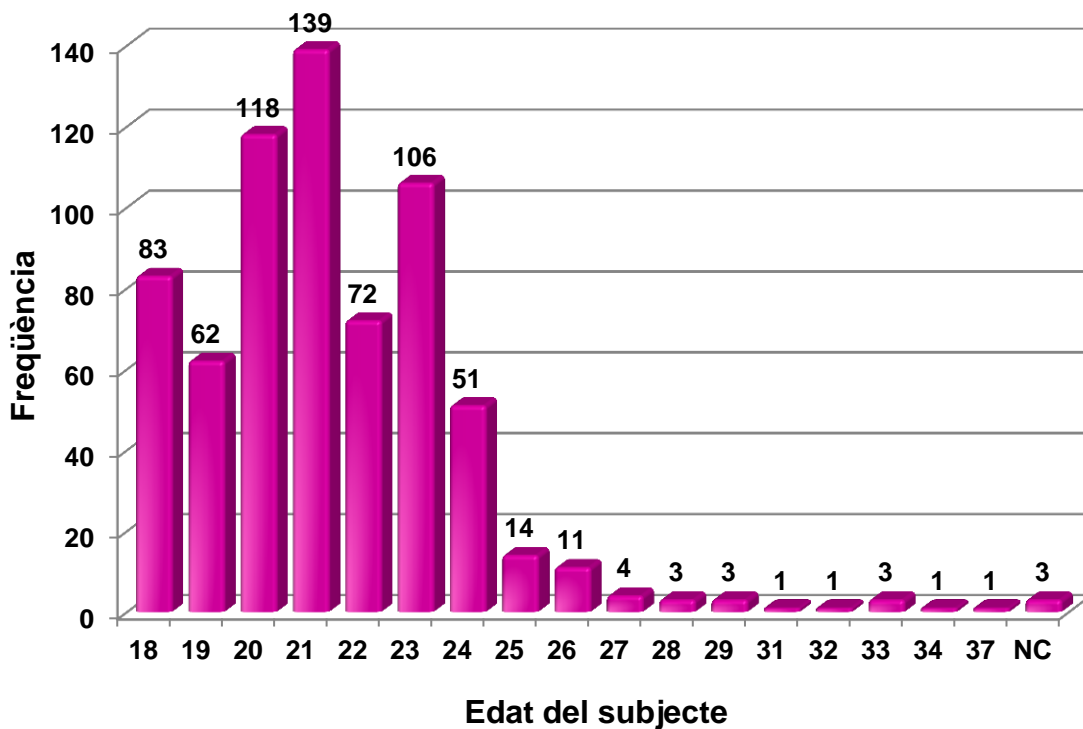


Figura 2.- Histograma d'edats dels estudiants de Medicina enquestats.

#### 6.4.4 Curs

La mostra analitzada correspon a 172 estudiants de 1r curs de Medicina (25,4%), 224 estudiants de 3r curs de Medicina (33,1%), 122 estudiants de 4t curs de Medicina (18%) i 158 estudiants de 6è curs de Medicina (23,4%). A la Figura 3 es pot apreciar la distribució per cursos dels estudiants enquestats.

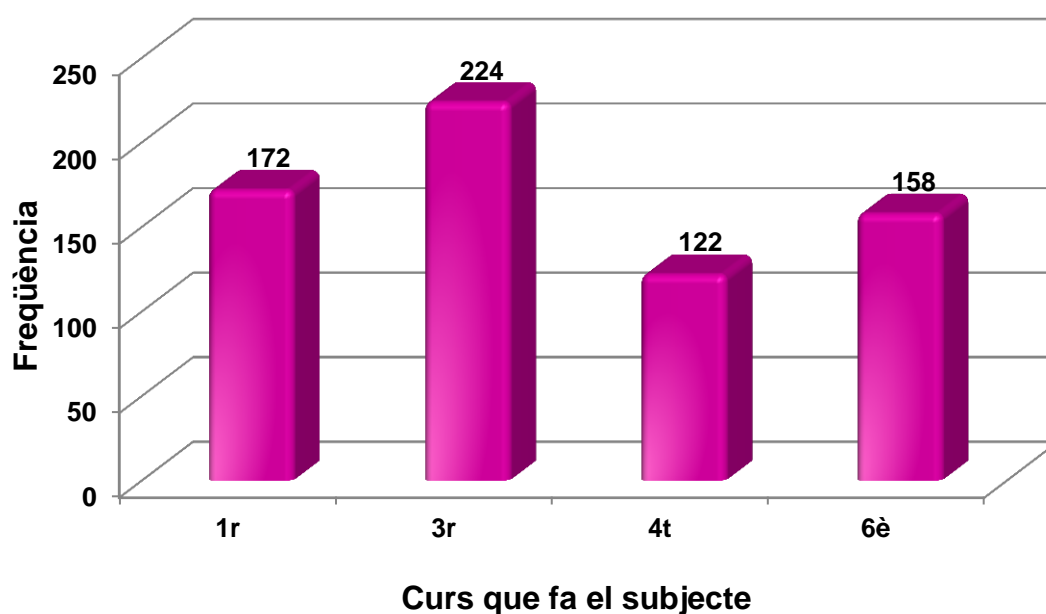
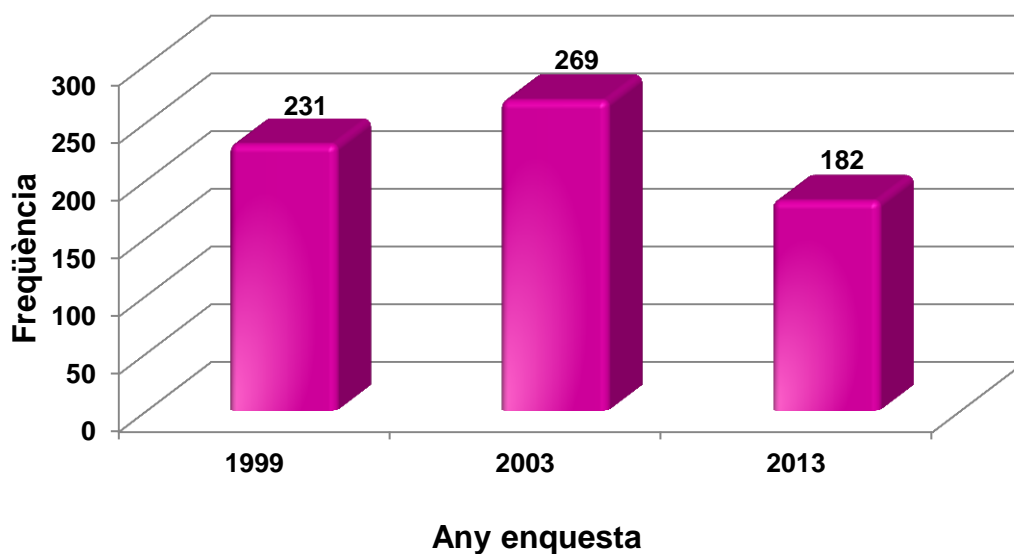


Figura 3.- Histograma dels cursos que fan els estudiants de Medicina enquestats.

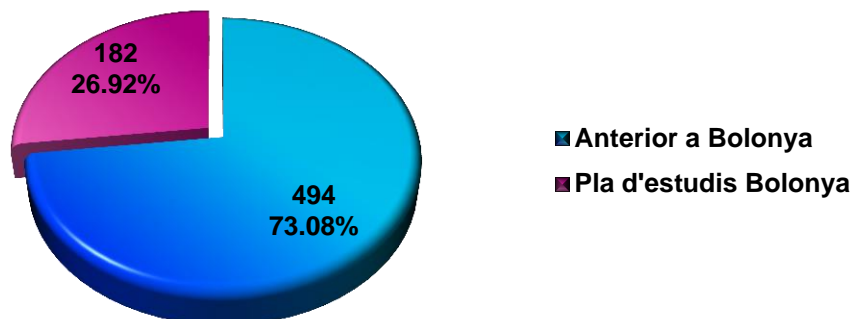
#### 6.4.5 Any enquesta

Les enquestes s'han passat als estudiants de Medicina en diferents dates: 231 pertanyen a l'any 1999 (27,7%), 269 pertanyen a l'any 2003 (27,5%) i 182 l'any 2013 (26,9%), tal com s'aprecia en la Figura 4.



**Figura 4.-** Histograma de freqüències de distribució dels anys que s'ha passat la mostra.

Dels estudiants de Medicina enquestats, 182 pertanyen al Pla d'Estudis Bolonya i 494 són estudiants de llicenciatura. (Figura 5).



**Figura 5.-** Distribució dels estudiants de Medicina en funció del pla d'estudis cursat.

#### 6.4.6 Residència familiar

Dels estudiants de Medicina enquestats, 109 provenen d'una ciutat gran (16%), 358 d'una ciutat petita (53%), 126 estudiants provenen d'un poble gran (major de > 2500 habitants) (18,6%) i 82 d'un poble petit (menor < 2500 habitants) (12%). A la Figura 6 s'aprecia la distribució dels estudiants segons la seva procedència.



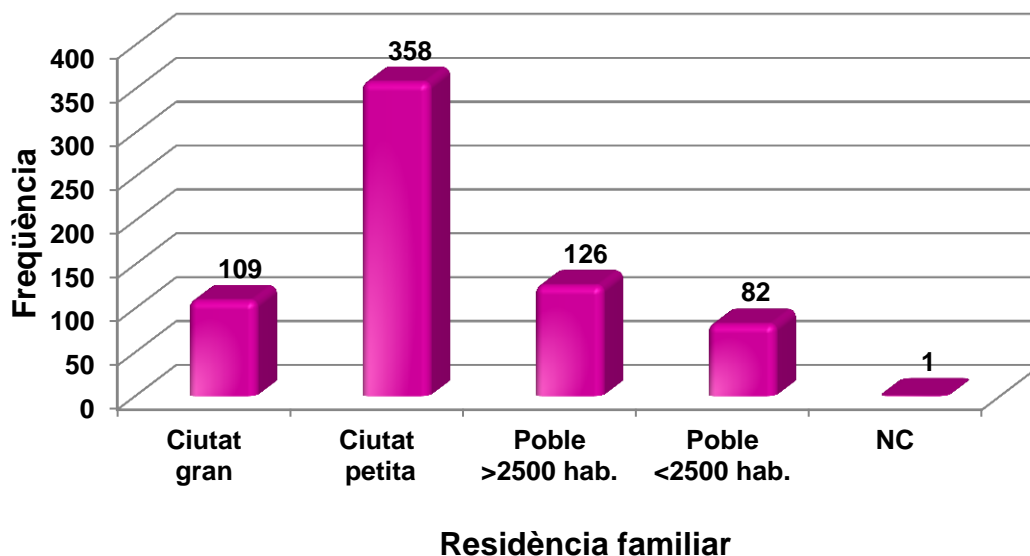


Figura 6.- Histograma dels estudiants de Medicina segons lloc de residència familiar.

#### 6.4.7 Convivència

Durant el curs escolar, 260 estudiants de Medicina viuen amb els pares (38,5%), 21 amb altres familiars (3,1%), 90 estan en una residència (13,3%), 18 viuen en parella (2,7%) i 269 (39,9%) conviuen amb altres companys (Figura 7).

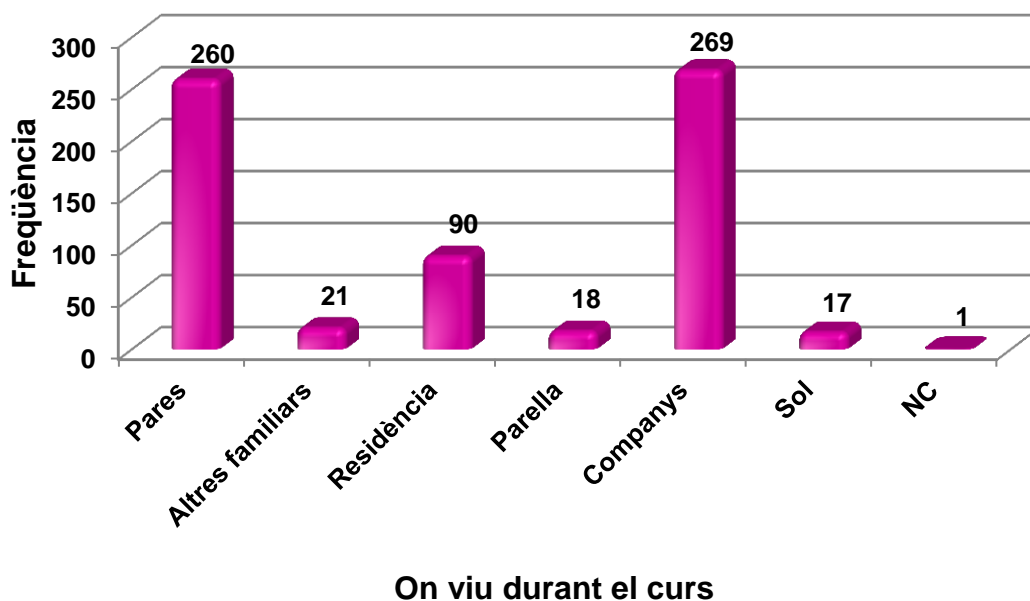


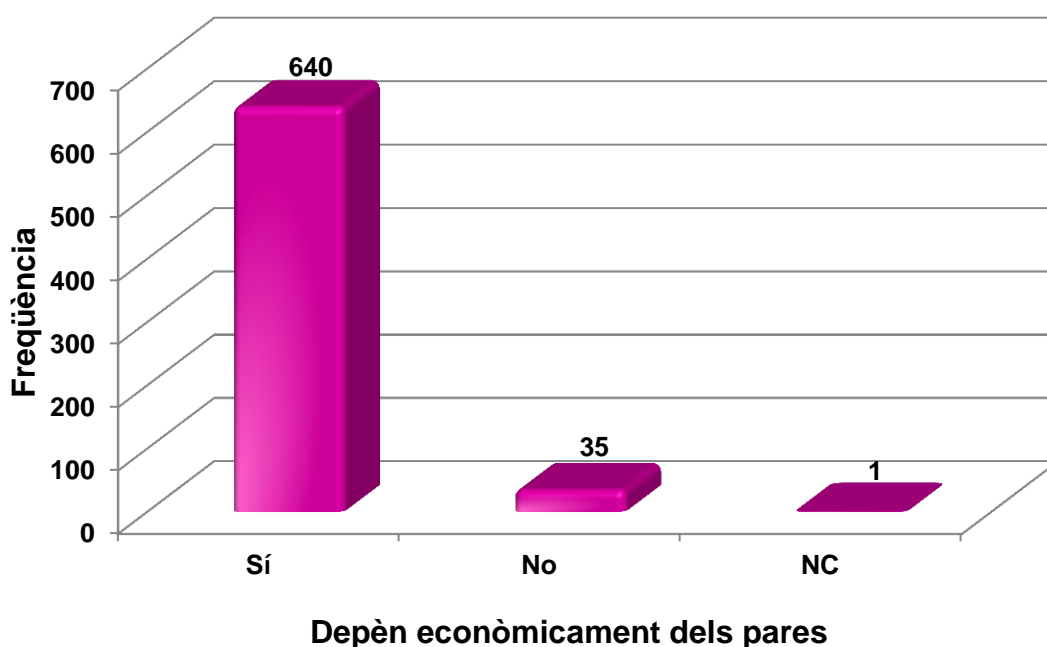
Figura 7.- Histograma dels estudiants de Medicina segons el tipus de convivència durant el curs acadèmic.

#### 6.4.8 Dependència econòmica

Dels estudiants de Medicina enquestats, 640 estudiants (94,8%) depenen econòmicament dels pares o tutors i 35 (5,2%) són autònoms econòmicament (Figura 8).

#### 6.4.9 Beca Ministeri

De la mostra dels estudiants de Medicina, 164 estudiants (24,3%) manifesten que tenen beca per estudis i 511 estudiants no en tenen (75,7%).



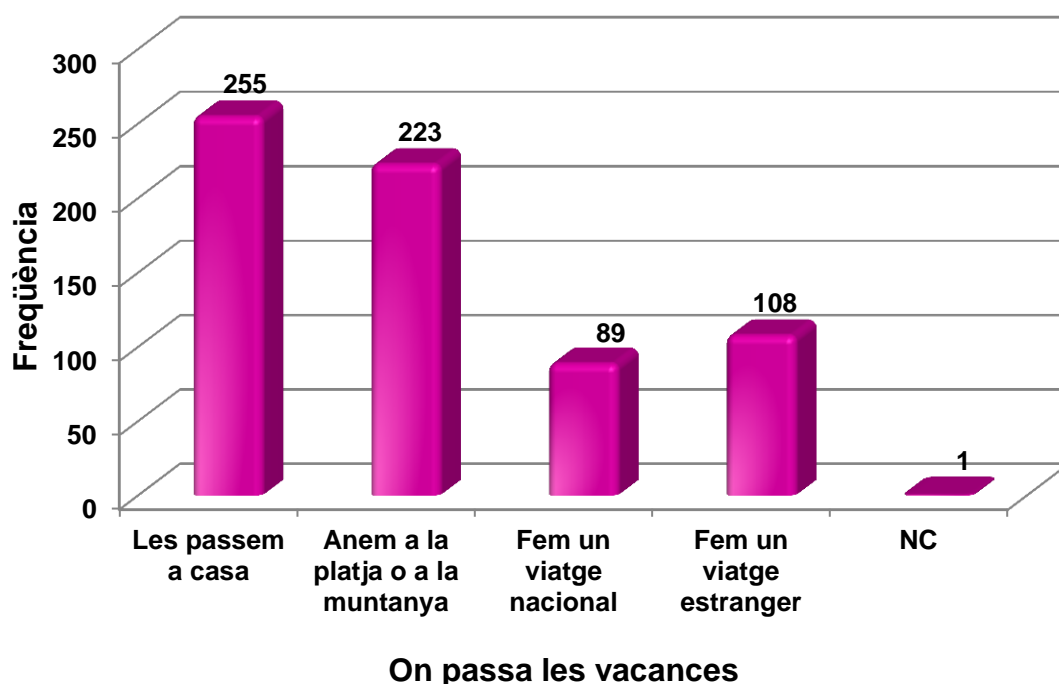
**Figura 8.-** Histograma de dependència econòmica dels pares per parts dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.10 Vacances

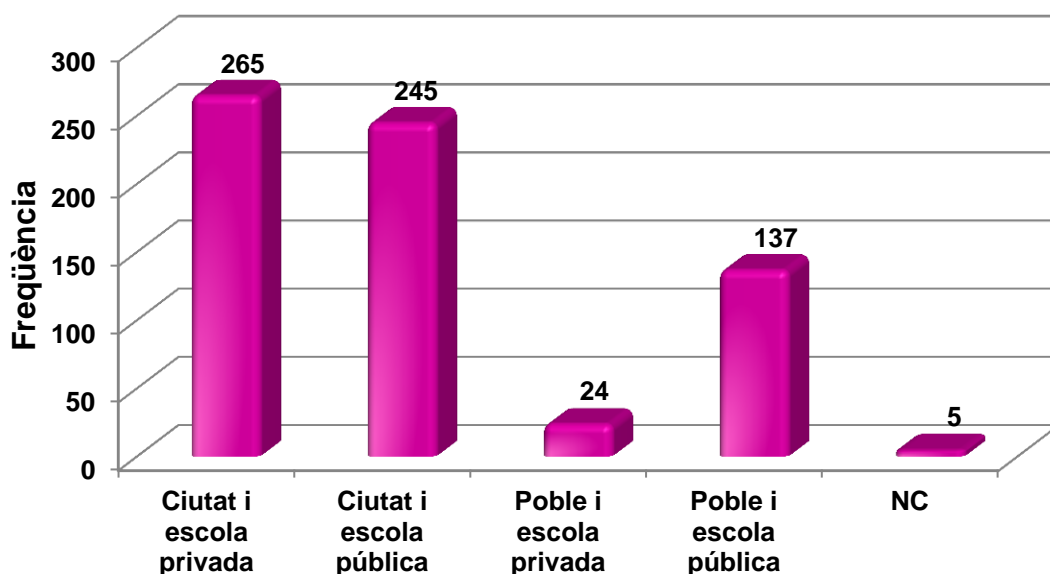
Respecte al lloc on passen normalment les vacances els estudiants de Medicina de la mostra, 255 les passen a casa (37,8%), 223 van a la platja o a la muntanya (33%), 89 fan un viatge nacional (13,2%) i 108 fan un viatge a l'estranger (16%). A la Figura 9 es mostra la distribució de la variable vacances.

### 6.4.11 Centre i població on han estudiat BUP/ESO/BATXILLERAT

En relació al centre i a la població on han realitzat els estudis previs a la universitat, BUP, ESO o Batxillerat, 265 estudiants de Medicina (39,5% del total de la mostra) han estudiat en una escola concertada/privada i 245 (36,5% del total de la mostra) en una escola pública i ambdós grups han realitzat els estudis en una ciutat. Els alumnes que han cursat els estudis en un poble, 24 ho han fet en una escola privada (3,6% del total de la mostra) i 137 (20,4% del total de la mostra) en escola pública. A la Figura 10 es mostra la distribució per escoles i població on han estat matriculats els estudiants de Medicina abans d'iniciar la carrera.



**Figura 9.-** Histograma del lloc on passen les vacances els estudiants de Medicina.



#### Centre on ha cursat BUP/ESO i Batxillerat

**Figura 10.-** Histograma del tipus de centre i població de procedència dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.12 Professió dels pares i professionals de la salut en familiars

S'han recollit les professions del pare i de la mare i, també, si en la família hi ha antecedents metges o infermers. Tot seguit, es presenten separatament.

##### 6.4.12.1 Professió del pare

Quant a la professió del pare dels estudiants de Medicina, 73 estudiants tenen el pare metge (10,7%), 13 el pare és infermer o treballa en ciències de la salut (2,1%), 143 el seu pare té formació universitària (14%), 404 estudiants el pare no té professió qualificada (64%) i 42 estudiants el pare està jubilat (6,7%). En la Figura 11 es mostra la distribució de la professió del pare.

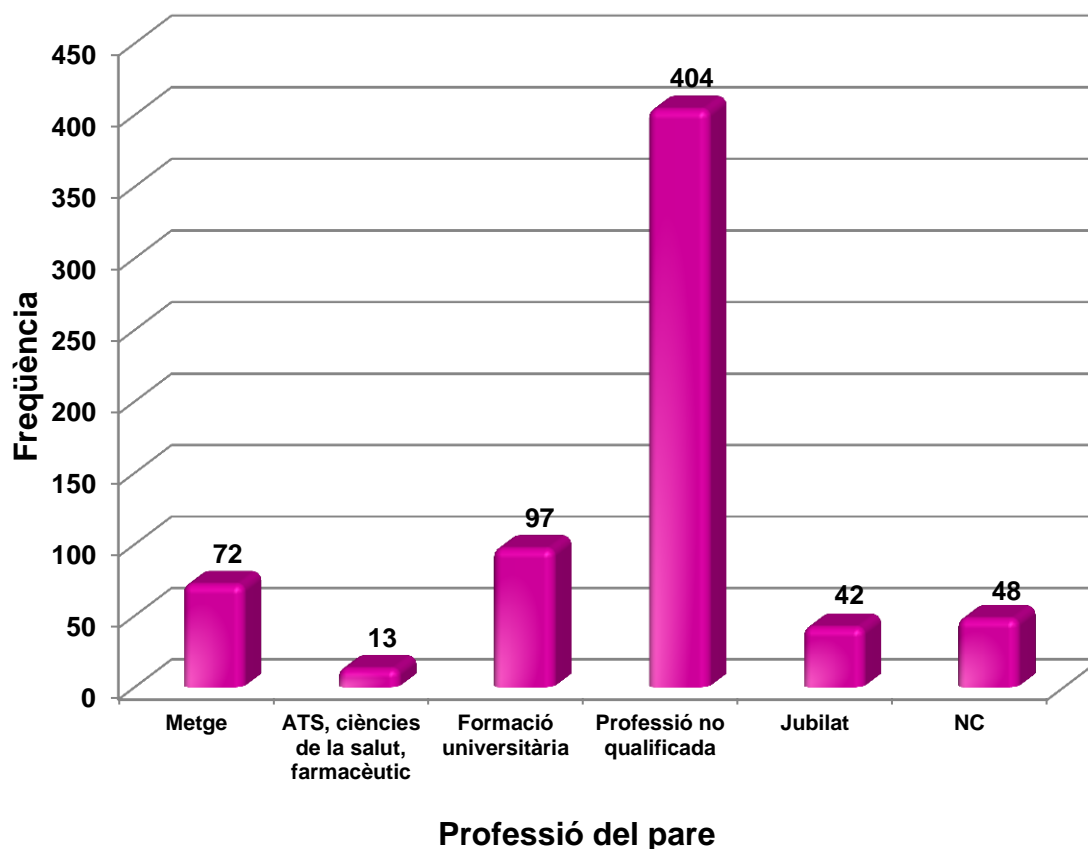
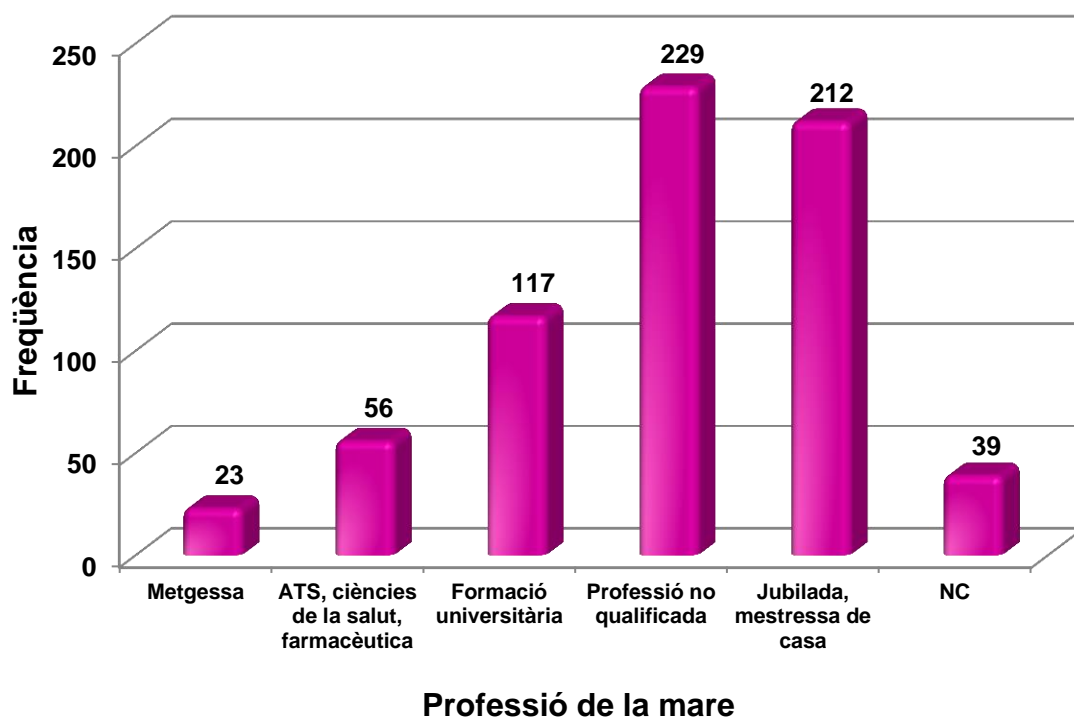


Figura 11.- Histograma de la professió del pare dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.12.2 **Professió de la mare**

En relació a la professió de la mare dels estudiants de Medicina, en 23 estudiants la mare és metgessa (3,4%), en 56 és del camp de la salut (8,3%), en 117 la mare té formació universitària (17,3%), en 229 professió no és qualificada (33,9%), 212 estan jubilades o són mestresses de casa (31,3%). En la Figura 12 es mostra la distribució de la professió de la mare.



**Figura 12.-** Histograma de la professió de la mare dels estudiants de Medicina.

#### **6.4.12.3 Metges a la família**

Respecte a la presència en general de professionals metges a la família de l'estudiant de Medicina, 186 (27,6%) tenen algun metge a la família i 489 (72,4%) no en tenen. Dels que tenen familiar metge, 83 són el pare o la mare o ambdós, 26 estudiants tenen un germà metge, 13 tenen un avi metge i 59 un tiet. En la Figura 13 es pot veure els familiars metges que l'estudiant té a la seva família.

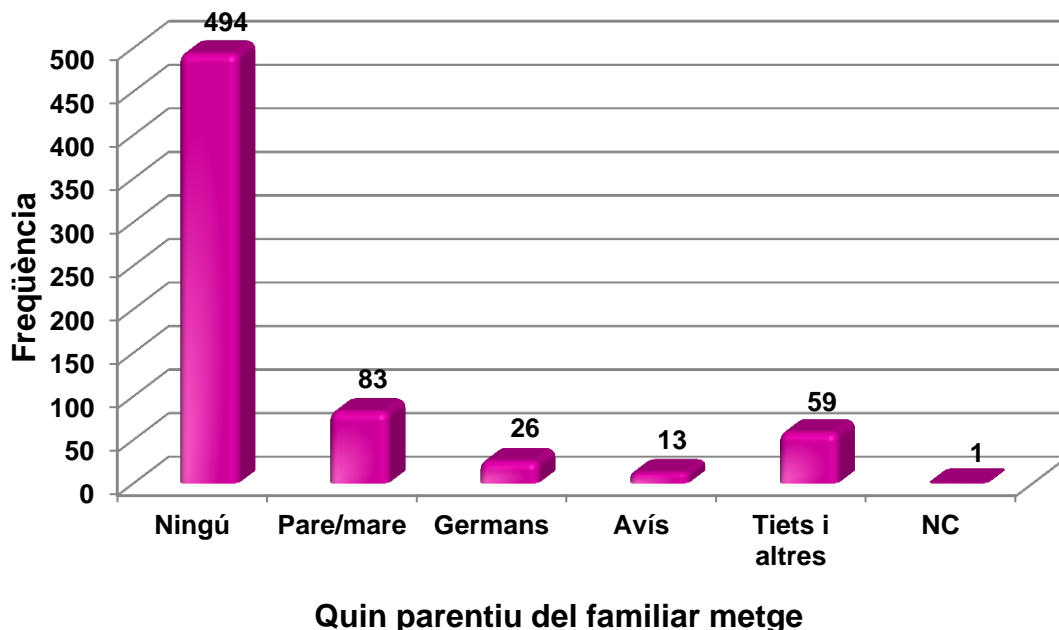


Figura 13.- Histograma del parentiu amb familiars metges dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.12.4 Professionals d'Infermeria a la família

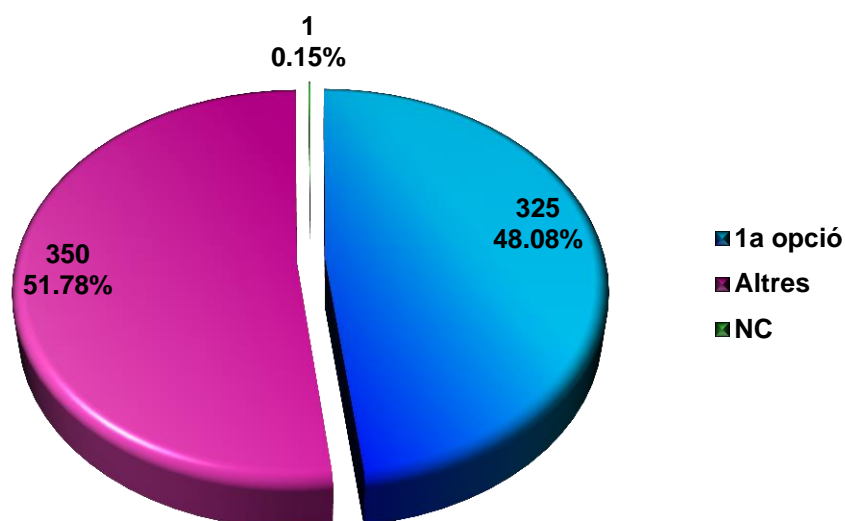
Respecte a tenir professionals d'Infermeria a la família de l'estudiant de Medicina, 175 estudiants en tenen (25,9%) i 496 no en tenen (73,5%). Dels que tenen un familiar infermer, 56 és la mare o el pare, 14 és el germà, 19 algun dels avis i 86 algun tiet o altre familiar.

#### 6.4.13 Amic d'infància que estudia Medicina

Dels estudiants de Medicina enquestats, 250 (37%) tenen un amic de la seva infància que també estudia Medicina i 425 (63%) no en tenen.

#### 6.4.14 En quina opció entra a estudiar Medicina a la UdL

En relació a si l'estudiant vol ingressar a la Universitat de Lleida, com a primera opció per a realitzar estudis de Medicina, 325 estudiants refereixen que sí (48,1%) i 350 no és la seva primera opció (51,8%). En la Figura 14 es detalla l'opció d'entrada a la UdL.



**Figura 14.-** Distribució dels estudiants de Medicina segons l'opció d'accés.

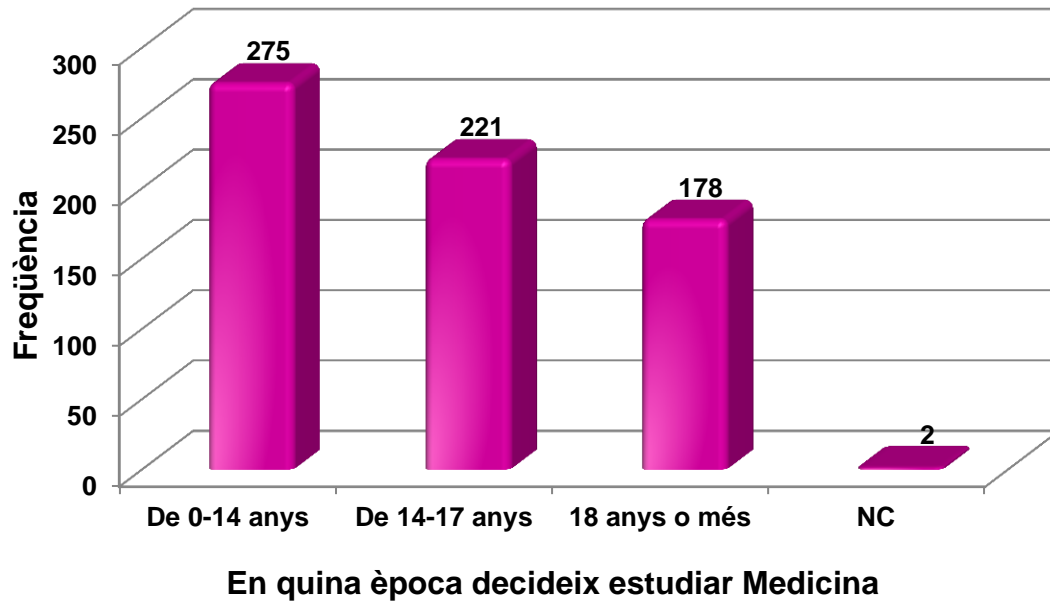
#### 6.4.15 Època en que decideix estudiar Medicina

En relació a quina edat van pensar en ser metges els estudiants de Medicina, 275 (40,8%) van decidir estudiar Medicina abans dels 14 anys, 221 (32,8%) entre els 14 i els 17 anys i 178 ho van fer al 18 anys o més grans (26,4%). En la Figura 15 es detalla l'època en la que es va decidir cursar Medicina.

#### 6.4.16 Influències per a estudiar Medicina

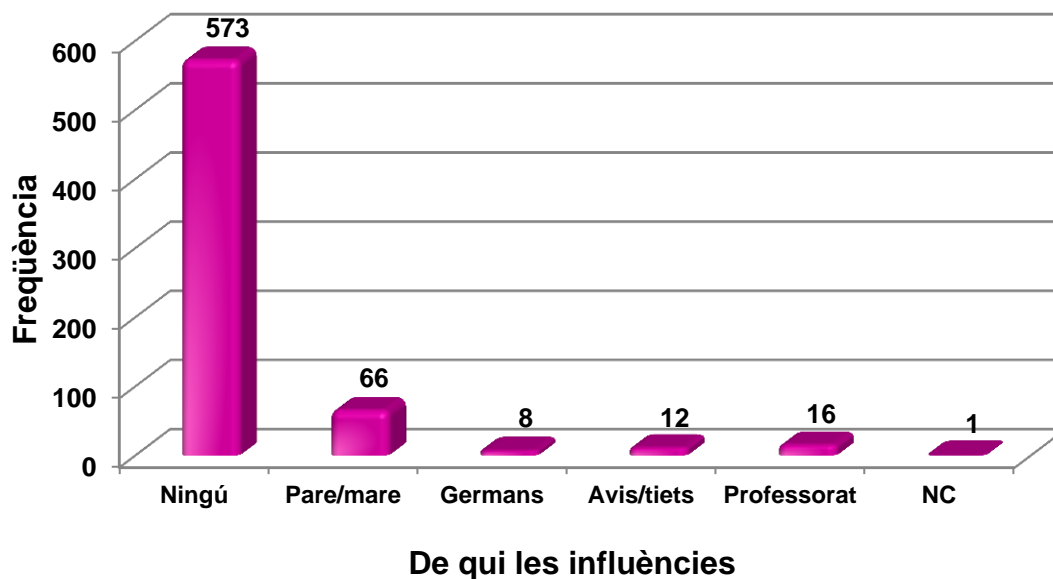
De la mostra d'estudiants de Medicina, 107 estudiants reconeixen haver tingut influència externa per a estudiar Medicina (15,9%), 568 estudiants comenten no haver estat influïts (84,1%).





**Figura 15.-** Histograma d'edat en que es decideixen a cursar els estudis de Medicina els estudiants de Medicina.

En relació a qui ha influenciat la decisió de fer Medicina, 66 estudiants comenten que el pare o la mare han influït en la seva decisió (9,8%), 8 que ho han fet els germans (1,2%), 12 altres familiars (1,8%) i 16 un professor (2,4%). En la Figura 16 es pot veure la Influència que ha tingut per a estudiar Medicina.

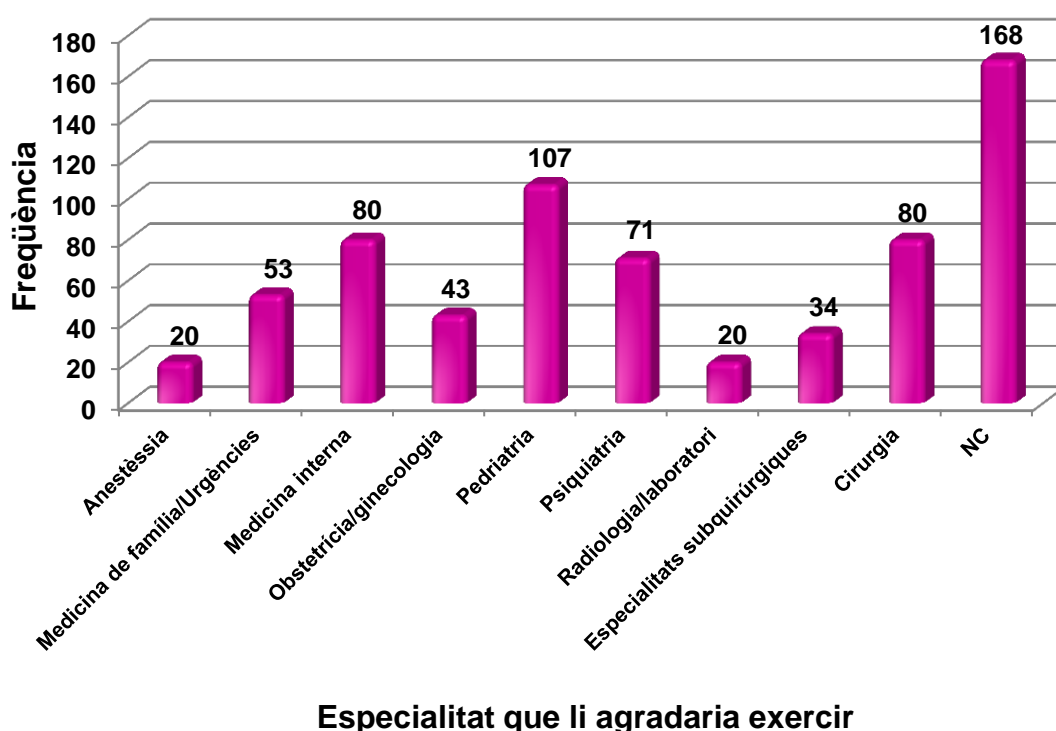


**Figura 16.-** Histograma de les influències rebudes per part dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.17 Especialitat que li agradaria exercir

En relació a quina especialitat els agradaria cursar, els estudiants de Medicina de la mostra expressen que 19 voldrien fer Anestèsia (3,6%), 53 Medicina de Família/Urgències (10,1%), 80 Medicina Interna (15,3%), 43 Ginecologia (8,2%), 107 Pediatria (20,4%), 71 Psiquiatria (13,5%), 20 Radiologia o Laboratori (3,8%), 34 Especialitats Quirúrgiques (6,5%), 80 Cirurgia (15,3%).

En la Figura 17 es detalla l'ordre de preferències d'especialitat a escollir.



**Figura 17.-** Histograma de les especialitats desitjades pels estudiants de Medicina.

##### 6.4.17.1 Canvi d'especialitat i perquè

Respecte a la pregunta de si el fet d'haver fet les pràctiques en l'especialitat desitjada ha motivat el canvi de l'elecció, han respost 341 estudiants; d'aquests estudiants 142 han comentat que sí (21% del total) i 198 no han variat l'elecció (29,3%).

En relació al motiu de voler canviar d'especialitat, 75 refereixen que conèixer el funcionament intern ha fet que variés la seva elecció, 20 especifiquen que la tenien poc definida, 26 que no els ha agradat i 9 canvien per la influència dels tutors.

#### **6.4.18 Rotació de pràctiques que l'estudiant està realitzant**

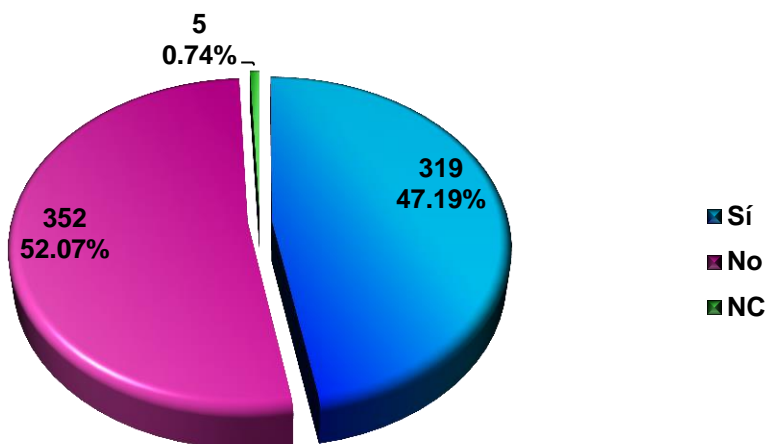
Respecte a quina rotació de pràctiques està realitzant l'estudiant de Medicina en el moment de l'enquesta, els estudiants en pràctiques es distribueixen en: 90 estan fent rotació a Medicina Interna, 33 a Atenció Primària/Urgències, 21 a Cirurgia, 16 a Ginecologia, 10 a Pediatria, 9 a altres Especialitats Quirúrgiques, 3 a Anestèsia, 3 a Psiquiatria i 3 a Laboratori.

#### **6.4.19 Sèrie mèdica preferida de la TV**

Dels estudiants de Medicina enquestats, 200 prefereixen la sèrie "Urgències" (29,6%), 69 estudiants "A cor obert" (10,2%), 13 estudiants "Viaje al cuerpo humano" (2%) i 252 altres sèries (37,7%). 123 estudiants refereixen no veure cap sèrie (18,5%).

#### **6.4.20 Realització d'activitats de Voluntariat**

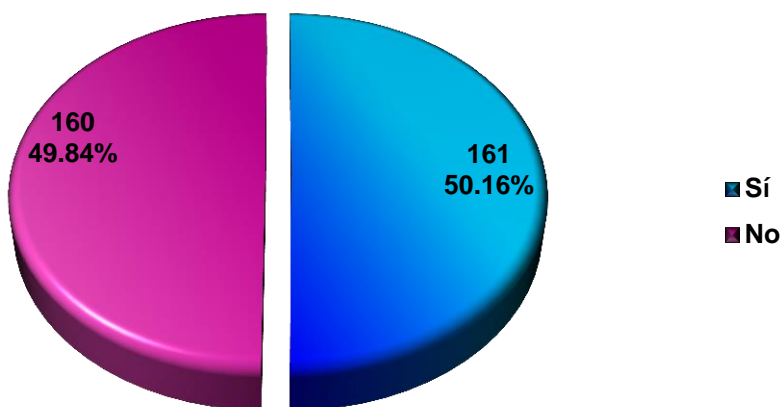
Respecte a haver fet voluntariat la mostra analitzada, 319 estudiants de Medicina refereixen haver realitzat activitats de voluntariat (47,5%) i 352 estudiants no n'han realitzat mai (52,5%). En la Figura 18 es mostra la realització del voluntariat.



**Figura 18.-** Distribució dels estudiants de Medicina segons la realització de tasques de voluntariat.

**6.4.20.1 Voluntariat amb persones malaltes**

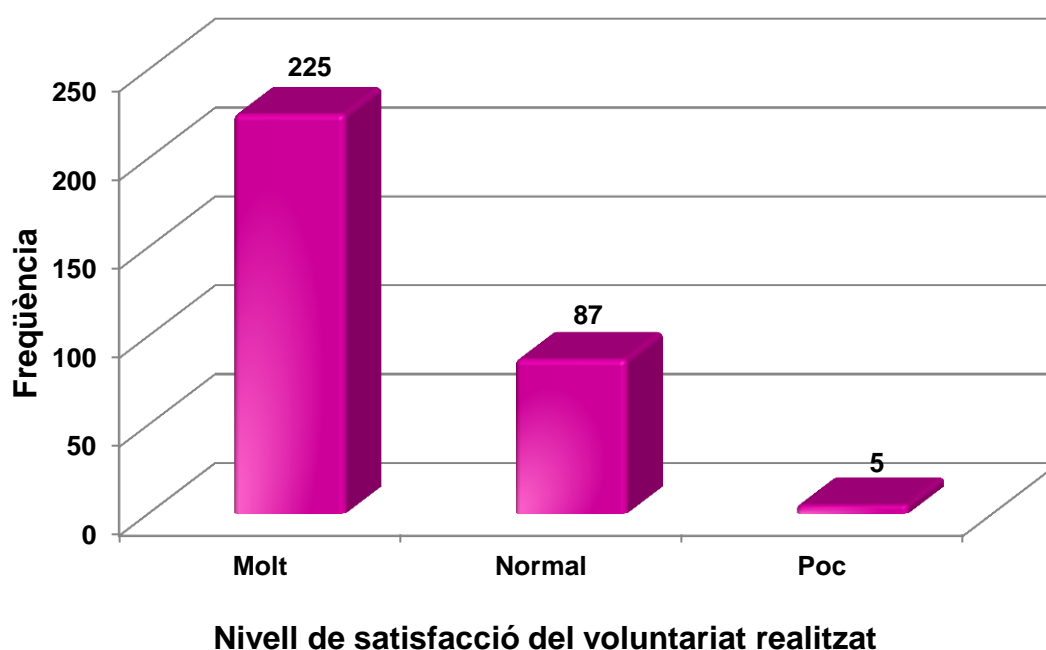
Respecte a si les tasques de voluntariat fetes per l'estudiant de Medicina s'han realitzat amb persones malaltes, 161 estudiants refereixen que sí (50,2%), mentre que 160 refereixen que no (49,8%). A la Figura 19 es mostra la distribució dels estudiants de Medicina que han fet voluntariat amb persones malaltes.



**Figura 19.-** Distribució dels estudiants de Medicina que han fet tasques de voluntariat segons ho hagin fet amb persones malaltes.

#### 6.4.20.2 **Grau de satisfacció del voluntariat amb persones malaltes**

En relació al grau de satisfacció dels estudiants de Medicina que han fet voluntariat amb persones malaltes, 225 estudiants consideren molt satisfactori el voluntariat fet (71%), 87 el consideren normal (27,4%) i 5 poc satisfactori (1,6%). A la Figura 20 es mostra el grau de satisfacció del voluntariat realitzat.



**Figura 20.-** Histograma del grau de satisfacció dels estudiants de Medicina que han fet tasques de voluntariat.

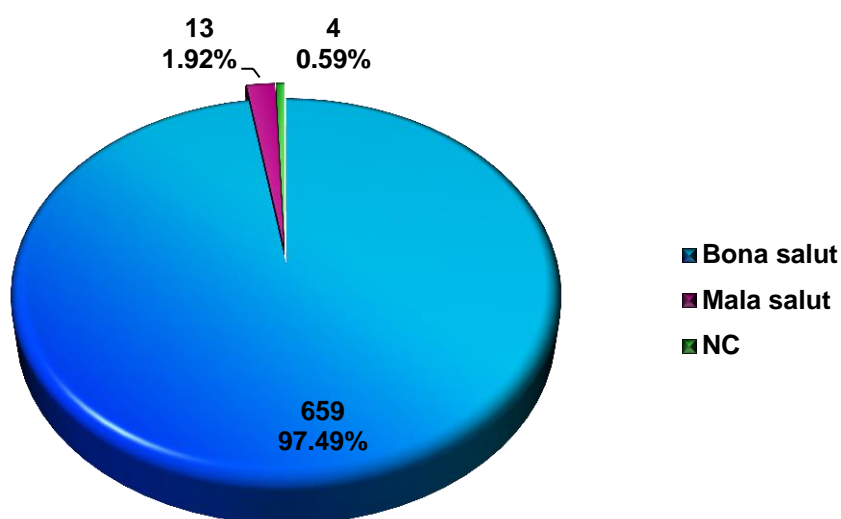
#### 6.4.20.3 **M'agradaria fer tasques de Voluntariat**

Respecte als estudiants de Medicina que han respost a si els agradaria fer o continuar fent tasques de voluntariat, 372 estudiants refereixen que sí i 29 que no.

#### 6.4.21 **Salut percebuda**

Quant a la percepció de Salut dels estudiants de Medicina enquestats, consideren 659 estudiants que gaudeixen de bona salut (98,1%) i 13

consideren que no (1,9%). A la Figura 21 s'especifica la percepció de l'estat de salut que tenen.



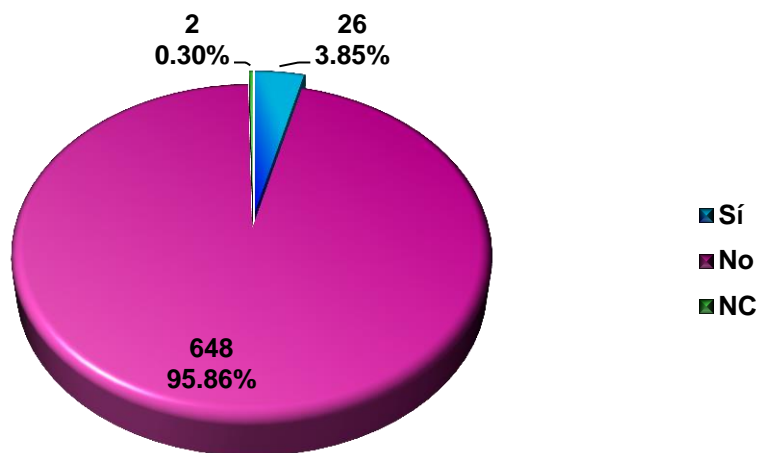
**Figura 21.-** Percepció de l'estat de salut dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.22 Experiència de malaltia greu o discapacitat

S'han recollit les experiències de malaltia greu o discapacitat en el propi estudiant de Medicina, en familiars propers i en amics. També s'inclou en aquest apartat haver estat ingressat a l'hospital per malaltia o per intervenció quirúrgica i si habitualment l'estudiant de Medicina va a veure persones malaltes. Es descriu separadament.

##### 6.4.22.1 *Experiència pròpia de malaltia greu o discapacitat.*

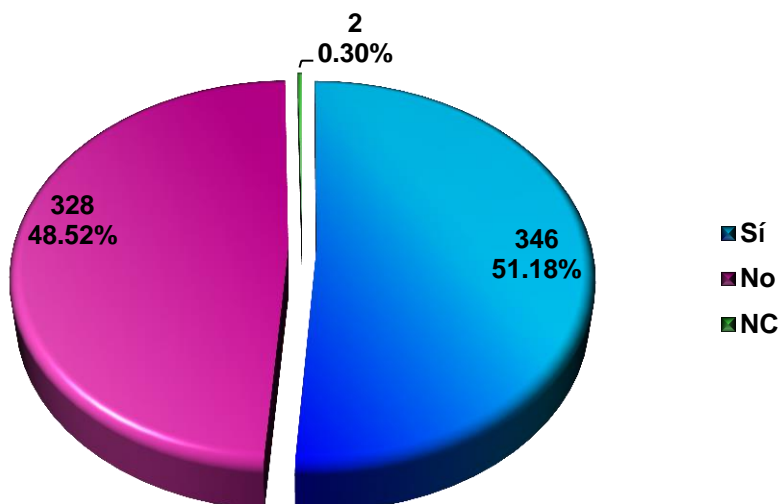
De la mostra d'estudiants de Medicina, 26 estudiants tenen experiència pròpia de malaltia greu o discapacitat (3,9%) i 648 (96,1%) no en tenen (Figura 22).



**Figura 22.-** Experiència de malaltia greu o discapacitat pròpia dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.22.2 Experiència de Malaltia greu o Discapacitat en Familiars propers

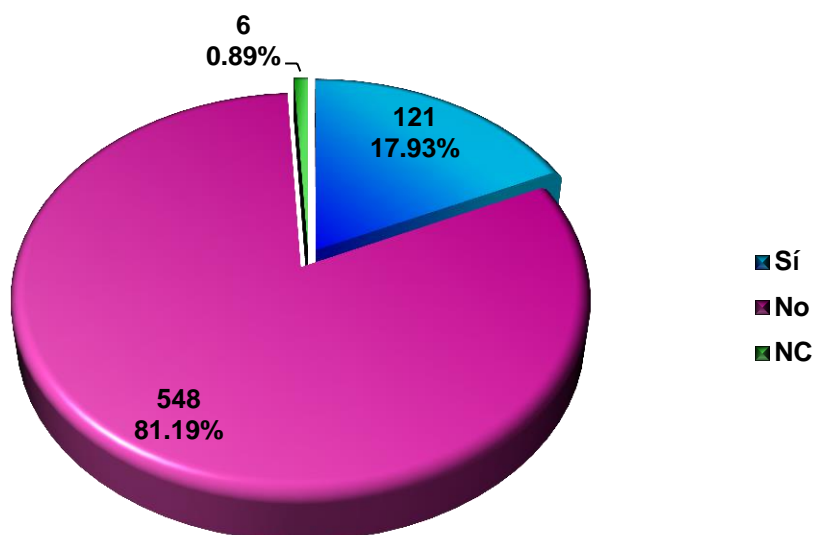
En relació a si l'estudiant de Medicina ha tingut experiència de malaltia greu o discapacitat en familiars propers, 346 estudiants responen que sí (51,3%) i 328 no (48,7%). A la Figura 23 es detalla l'experiència de malaltia greu o discapacitat en la família.



**Figura 23.-** Experiència de malaltia greu o discapacitat en familiars propers dels estudiants de Medicina.

### 6.4.22.3 *Experiència de malaltia greu o discapacitat en amics*

Quant a haver tingut amics amb malaltia greu o discapacitat, els estudiants de Medicina responen 121 referint que sí (17,93%) i 548 (81,19%) referint que no n'han tingut (Figura 24).

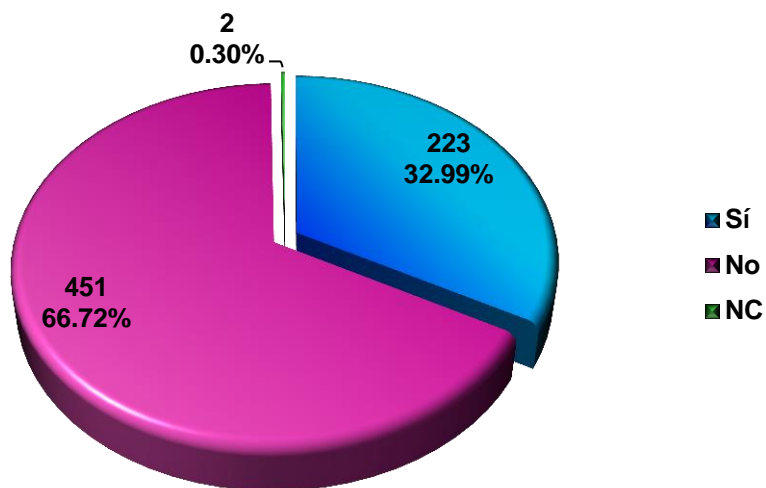


**Figura 24.-** Experiència de malaltia greu o discapacitat en familiars propers dels estudiants de Medicina.

### 6.4.22.4 *Estar ingressat en hospital per intervenció*

La mostra dels estudiants de Medicina revela que 223 estudiants han tingut algun ingrés hospitalari per intervenció quirúrgica (33,1%) i 451 refereixen no haver estat mai ingressats per intervenció (66,9%). En la Figura 25 s'especifica haver estat hospitalitzat per causa d'una intervenció quirúrgica.

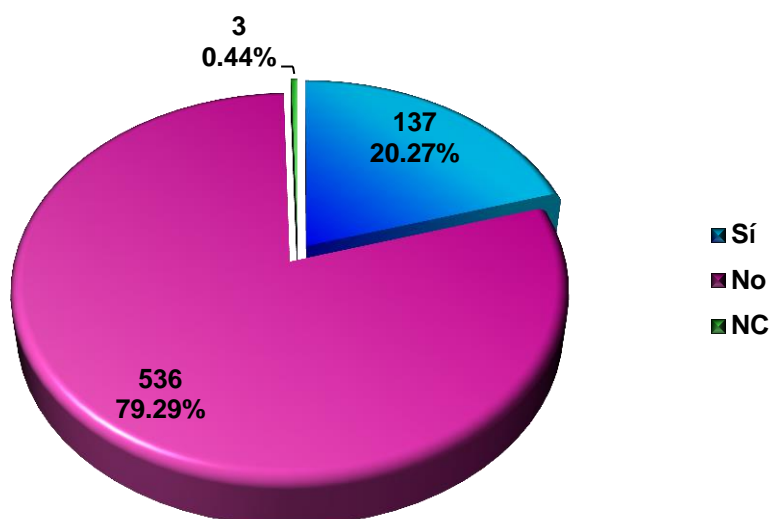




**Figura 25.-** Antecedents d'ingrés hospitalari per intervenció dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.22.5 *Estar ingressat en hospital per malaltia*

Respecte a si els estudiants de Medicina han estat hospitalitzats arran d'una malaltia, 137 estudiants refereixen haver estat ingressats per malaltia (20,3%) i 536 no (79,5%). La Figura 26 mostra l'hospitalització per malaltia.



**Figura 26.-** Antecedents d'ingrés hospitalari per malaltia dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.22.6 *Visiten les persones malaltes*

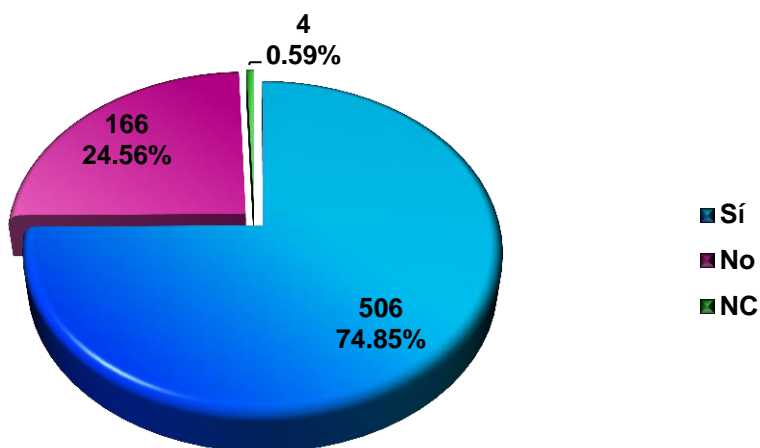
Respecte a si els estudiants de Medicina van habitualment a visitar familiars o amics malalts, 584 estudiants responen que sí (87,8%) i 81 que no (12,2%).

#### 6.4.23 Experiència de mort

S'ha recollit l'experiència que els estudiants de Medicina tenen amb la mort i es desglossa en si han tingut experiència de mort propera, quina edat tenien quan es va produir aquesta defunció i la relació que tenien amb el difunt. També, si han presenciat una mort i quina edat tenien.

##### 6.4.23.1 *Tenir experiència de mort propera*

Els estudiants de Medicina refereixen que 506 han tingut experiència de mort en alguna persona propera (75,3%) i 166 estudiants no n'han tingut (24,7%). La Figura 27 mostra els estudiants de Medicina i la seva experiència de mort propera.



**Figura 27.-** Experiència de mort propera dels estudiants de Medicina.

### 6.4.23.2 *Edat en que va tenir experiència de mort propera.*

Quant a quina edat tenia l'estudiant de Medicina en el moment d'experimentar la mort d'una persona propera, la mitjana d'edat és de 15,2 anys, amb una desviació estàndard de 4,8 i un rang de 2 a 29 anys. A la Figura 28 es pot apreciar la distribució d'edats dels estudiants que han tingut una mort propera.

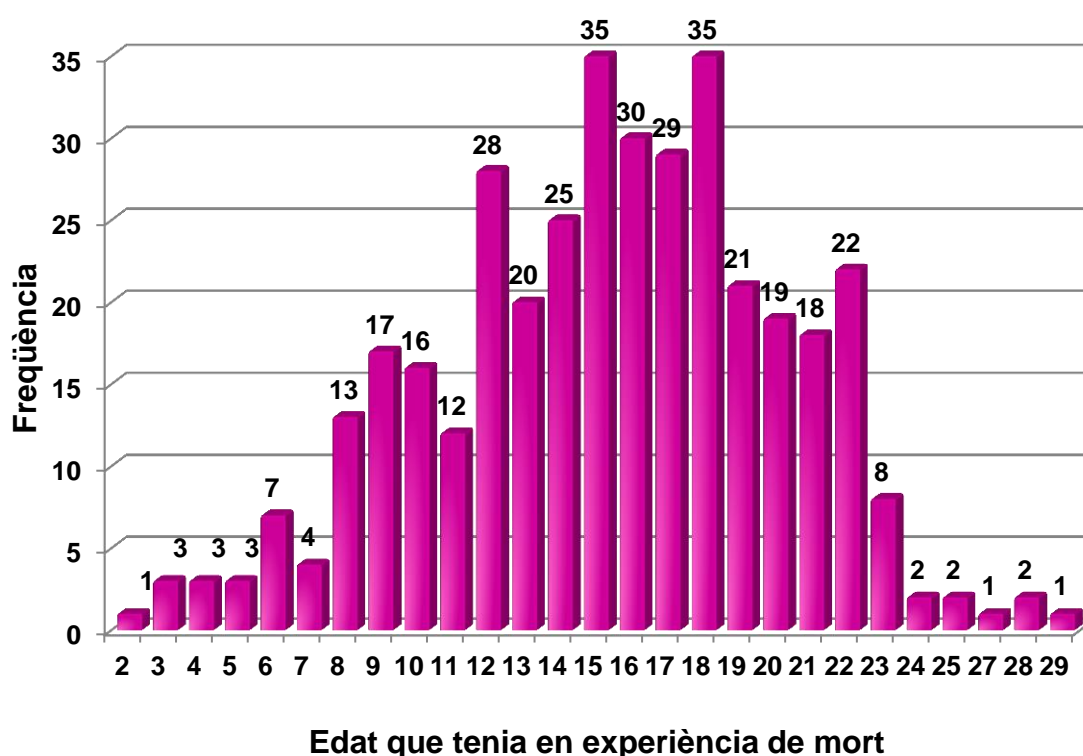
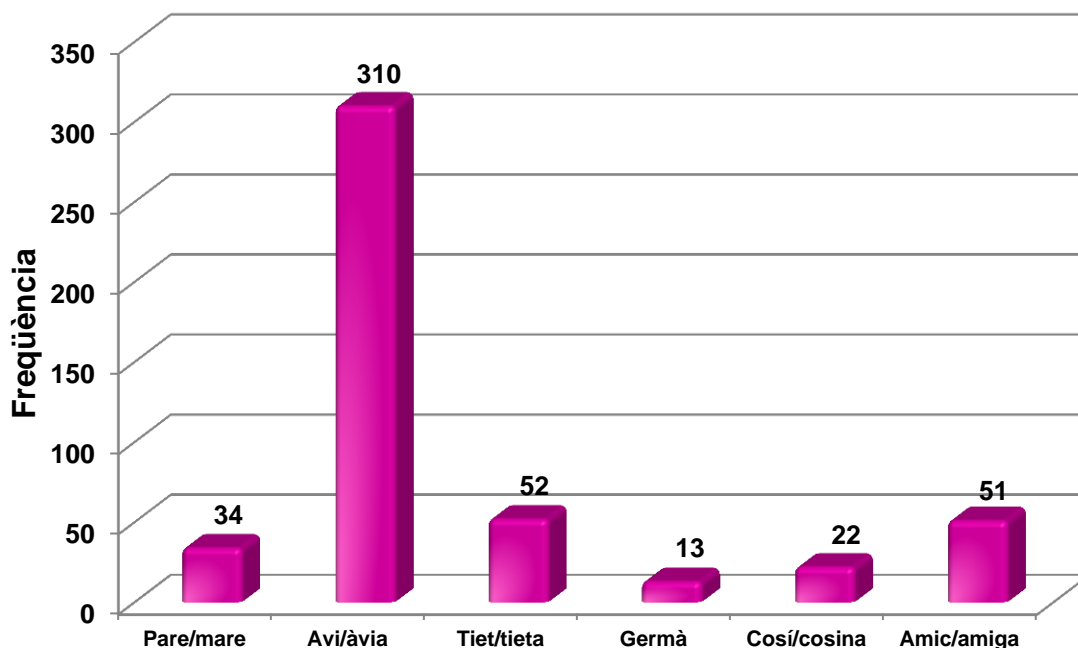


Figura 28.- Histograma de l'edat dels estudiants de Medicina en tenir experiència de mort propera.

### 6.4.23.3 *Relació amb la persona que ha mort*

Respecte a la relació o parentiu que l'estudiant de Medicina tenia amb la persona que ha mort, en 34 estudiants se'ls ha mort el pare o la mare (5%), l'avi o l'àvia en 310 estudiants (45, %), un tiet en 52 estudiants (7,7%), s'ha mort un germà 13 estudiants (1,9%), un cosí en 22 estudiants (3,3%) i un amic en 55 estudiants (7,5%). En la Figura 29 es mostra la relació o parentiu amb la persona morta.

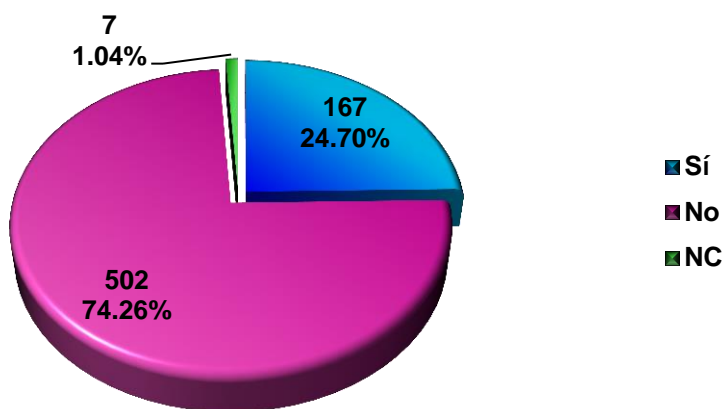


**Relació que tenia amb experiència de mort**

**Figura 29.-** Histograma de relació dels estudiants de Medicina amb la persona que ha mort.

**6.4.23.4 Experiència de mort presencial**

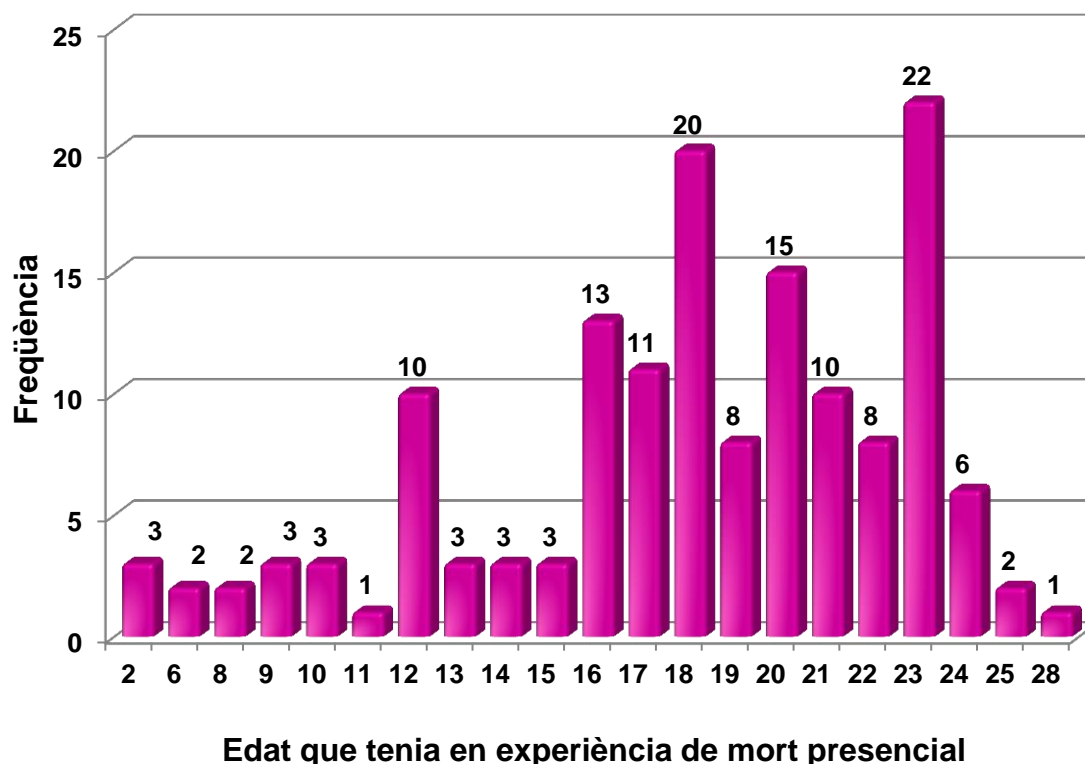
Respecte a haver presenciat una mort, 167 estudiants refereixen haver vist morir una persona (24,7%), mentre que 502 estudiants no han presenciat mai la mort de cap persona (74,9%). En la Figura 30 es pot apreciar l'experiència de mort presencial.



**Figura 30.-** Experiència de mort presencial dels estudiants de Medicina.

### 6.4.23.5 Edat que es tenia en presenciar una mort

Quant a quina edat tenia l'estudiant de Medicina en el moment de presenciar la mort d'una persona, la mitjana d'edat és de 17,4 anys, amb una desviació estàndard de 5,6 i un rang de 2 a 28 anys. A la Figura 31 es pot apreciar la distribució d'edats en les que van presenciar una mort.



**Figura 31.-** Histograma de l'edat dels estudiants de Medicina en tenir experiència de mort presencial.

### 6.4.24 Creences

En la mostra s'ha recollit si els estudiants de Medicina tenien creences religioses o si creien en el "més enllà". El "més enllà" aglutina varietats de creences. S'especifica en apartats diferents.

#### 6.4.24.1 Creences religioses

Respecte a tenir creences religioses, 359 estudiants refereixen tenir-ne (53,7%) i 309 refereixen no tenir creences religioses (46,3%). En la Figura 32 es reflecteixen les creences religioses dels estudiants.

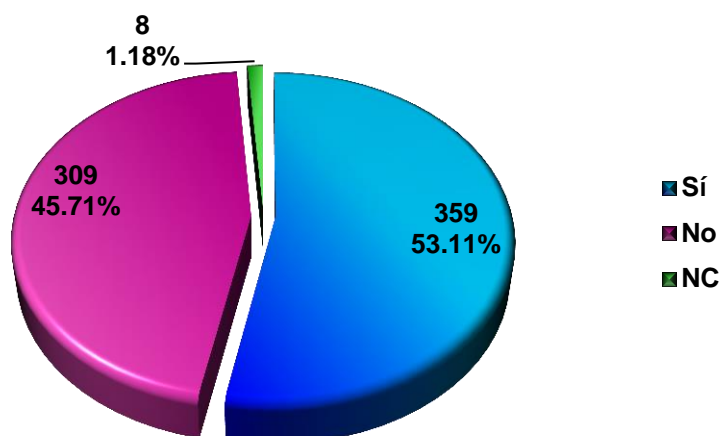


Figura 32.- Presència de creences religioses dels estudiants de Medicina.

#### 6.4.24.2 Creure en el "més enllà"

Respecte a la pregunta de creences en un "més enllà", 341 estudiants refereixen tenir creença en el "més enllà" (51%) i 327 no (49%). En la Figura 33 es mostra la creença en un "més enllà".

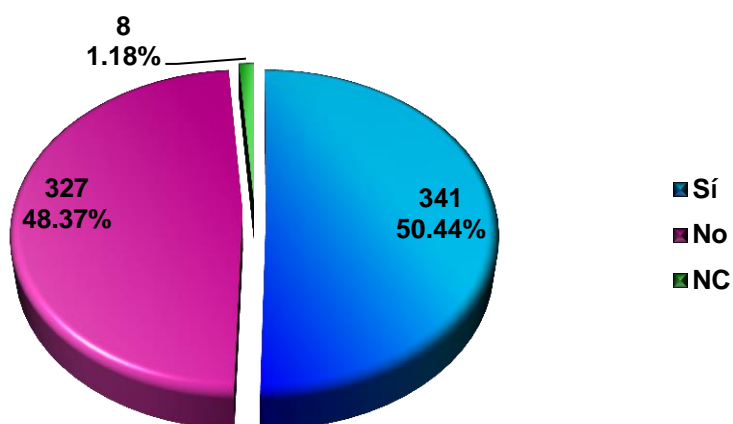
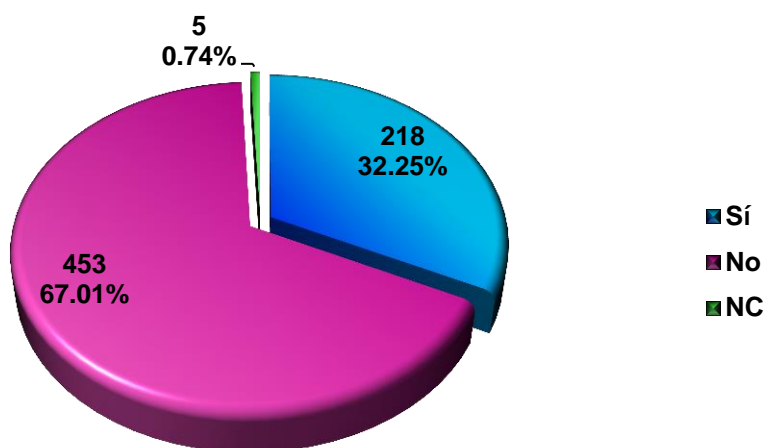


Figura 33.- Creença en el "més enllà" dels estudiants de Medicina.

### 6.4.25 Cursos de creixement personal

En la mostra dels estudiants de Medicina, 281 estudiants han fet cursos de creixement personal i/o han llegit literatura sobre la mort (32,5%) i 453 no han fet cursos ni han llegit sobre la mort (67,5 %). En la Figura 34 s'aprecia si han fet cursos de creixement personal o han llegit literatura sobre la mort.



**Figura 34.-** Realització de cursos de creixement personal i/o lectura de literatura sobre la mort per part dels estudiants de Medicina.

*Resultats*





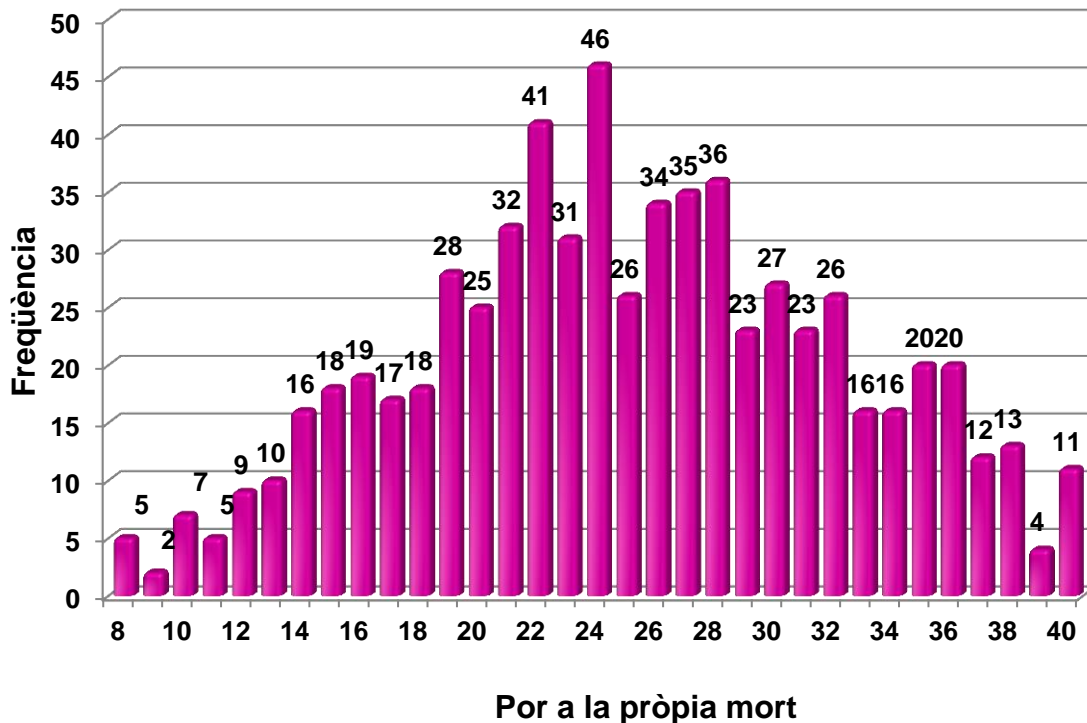
## 7 Resultats

### 7.1 Anàlisi descriptiva de l'Escala Revisada Collett-Lester

S'analitzen els resultats de l'Escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir en les 4 subescales de "Por a la pròpia Mort", "Por a la Mort dels altres", "Por al propi Procés de Morir" i "Por al Procés de Morir dels altres", dels estudiants de Medicina.

#### 7.1.1 Por a la Pròpia Mort

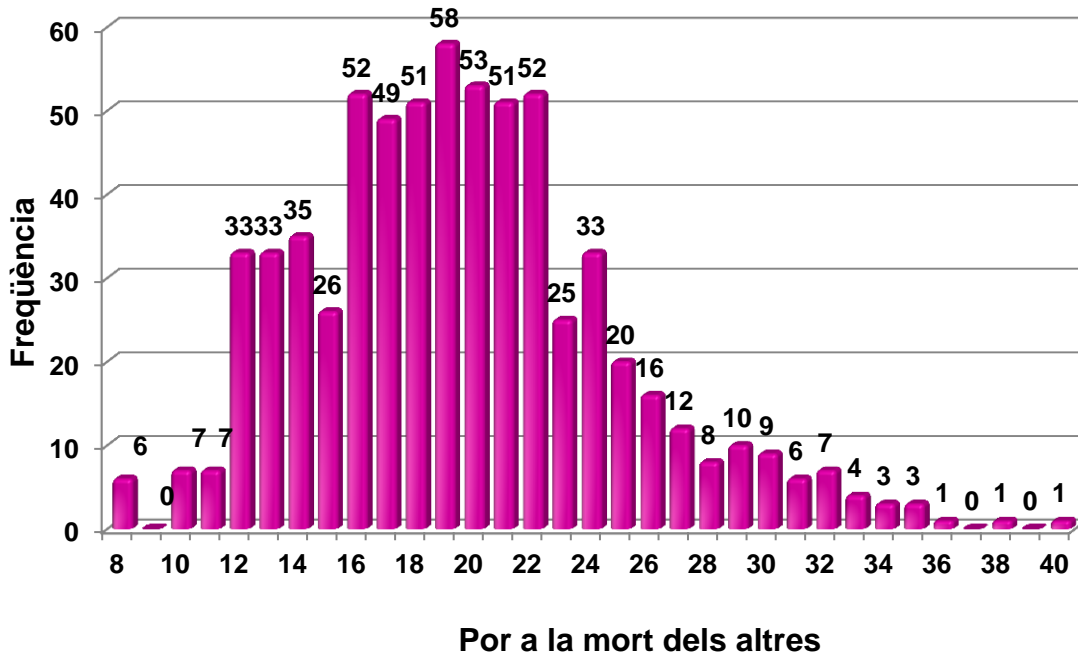
En relació als resultats de l'Escala Revisada de Collett-Lester, la subescala Por a la pròpia Mort presenta una puntuació mitjana de 25,02 amb una desviació estàndard de 7,22 i un rang de 8 a 40, tal com es pot apreciar la distribució a la Figura 35.



**Figura 35.-** Histograma de freqüències de distribució de la Por a la pròpia Mort dels estudiants de Medicina.

### 7.1.2 Por a la Mort dels altres

En relació als resultats de l'Escales Revisada de Collett-Lester, la subescala Por a la Mort dels altres presenta una puntuació mitjana de 19,5, amb una desviació estàndard de 5,2 i un rang de 8 a 40, tal com es pot apreciar la distribució a la Figura 36.



**Figura 36.-** Histograma de freqüències de distribució de la Por a la Mort dels altres dels estudiants de Medicina.

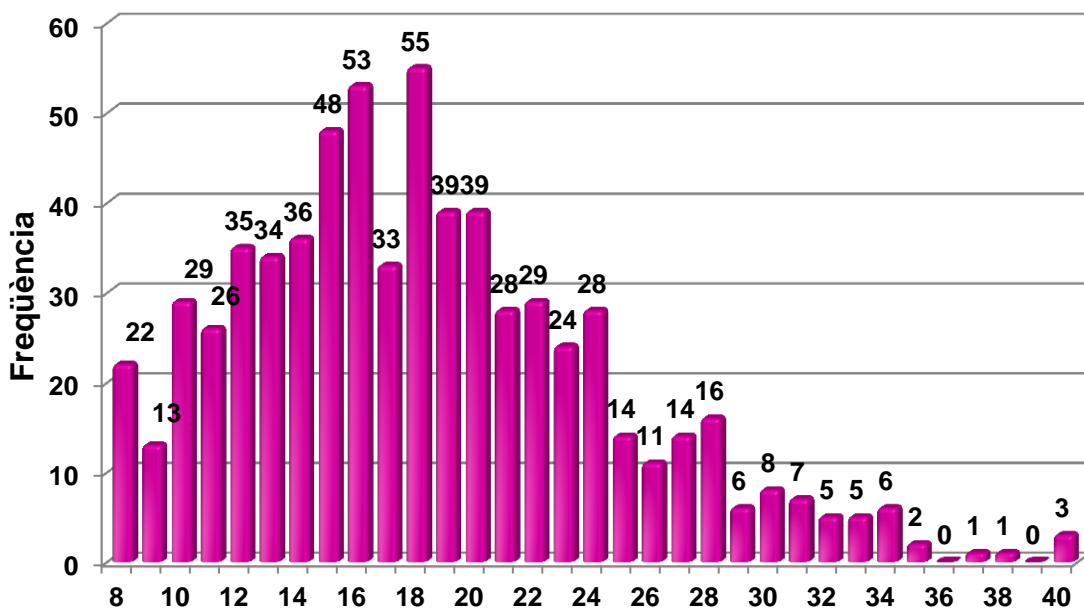
### 7.1.3 Por al propi Procés de Morir

En relació als resultats de l'Escales Revisada de Collett-Lester, la subescala Por al propi Procés de Morir presenta una puntuació mitjana de 18,2, amb una desviació estàndard de 6,2 i un rang de 8 a 40, tal com es pot apreciar la distribució en la Figura 37.

### 7.1.4 Por al Procés de Morir dels altres

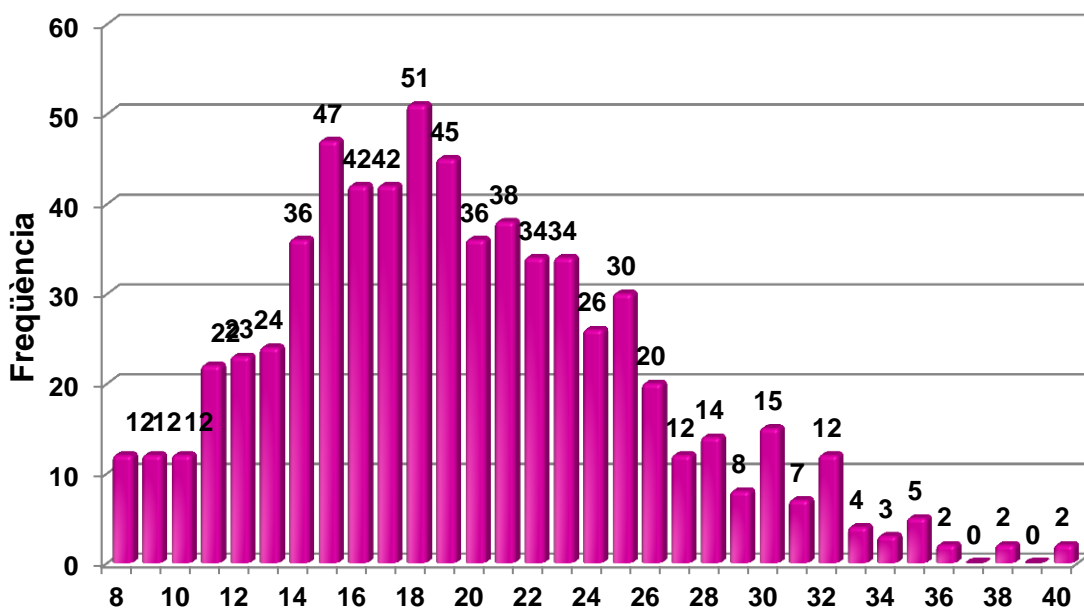
En relació als resultats de l'Escales Revisada de Collett - Lester, la subescala Por al Procés de Morir dels altres presenta una puntuació mitjana de 19,4, amb

una desviació estàndard de 6,1 i un rang de 8 a 40, tal com es pot apreciar la distribució en la Figura 38.



Por al propi procés de morir

Figura 37.- Histograma de freqüències de distribució de la Por al propi Procés de Morir dels estudiants de Medicina.



Por al procés de morir dels altres

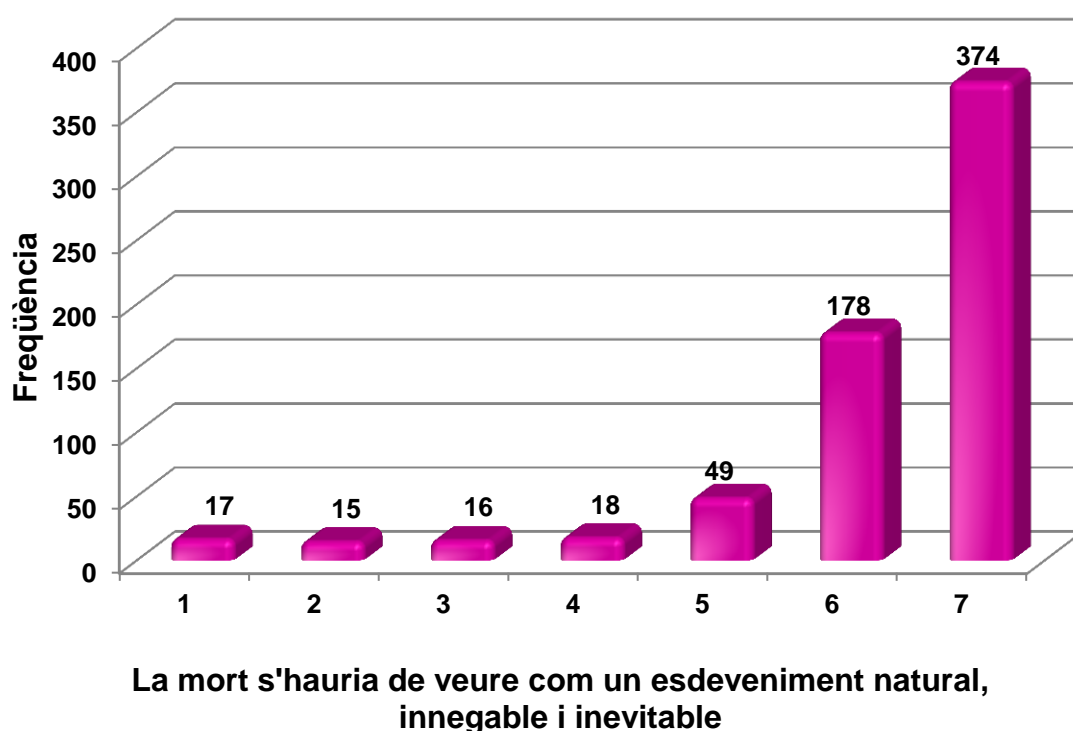
Figura 38.- Histograma de freqüències de distribució de la Por al Procés de Morir dels estudiants de Medicina.

## 7.2 Anàlisi descriptiva de l'escala d'Afrontament a la Mort

S'analitzen els resultats de cadascun dels ítems de l'escala d'Afrontament a la Mort.

### 7.2.1 La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable

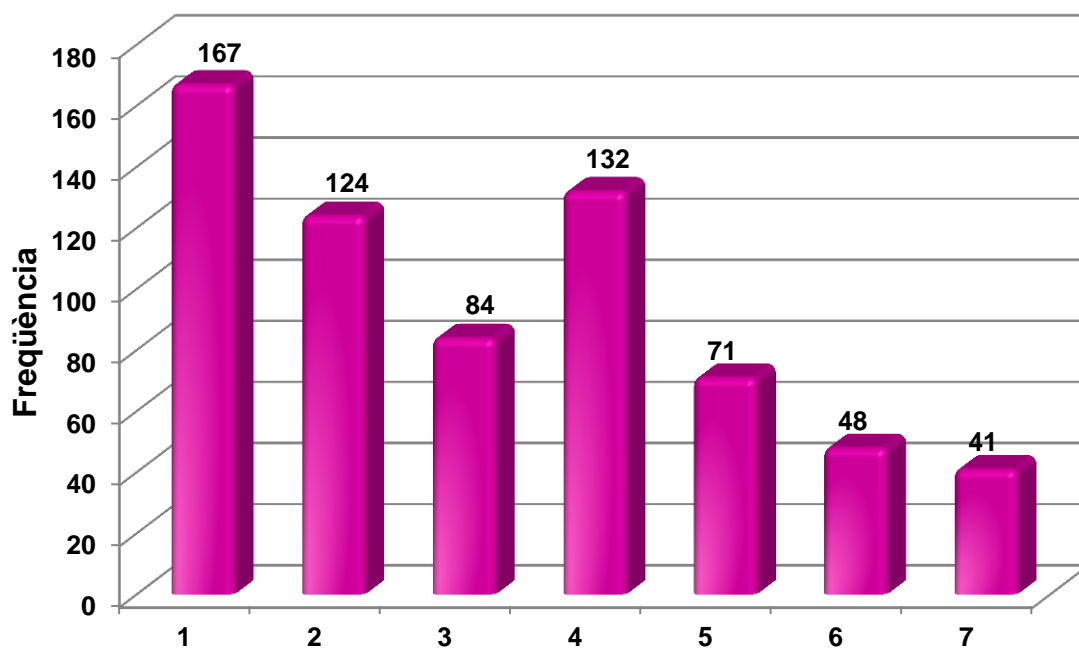
La puntuació mitjana dels estudiants vers variable *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* és de 6,14 amb una desviació estàndard de 1,3. A la Figura 39 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



**Figura 39.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

### 7.2.2 Em sento preparat per afrontar la meva mort

La puntuació mitjana dels estudiants vers variable *Em sento preparat per afrontar la meva mort* és de 3,4 amb una desviació estàndard de 1,8. A la Figura 40 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



### Em sento preparat per afrontar la meva mort

**Figura 40.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *Em sento preparat per afrontar la meva mort* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

### 7.2.3 Evito totalment pensar en la mort

La puntuació mitjana dels estudiants vers variable *Evito totalment pensar en la mort* és de 3,2 amb una desviació estàndard de 1,9. A la Figura 41 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.

### 7.2.4 El tema de la vida després de la mort em preocupa molt

La puntuació mitjana dels estudiants vers variable *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* és de 3,0 amb una desviació estàndard de 1,0. A la Figura 42 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.

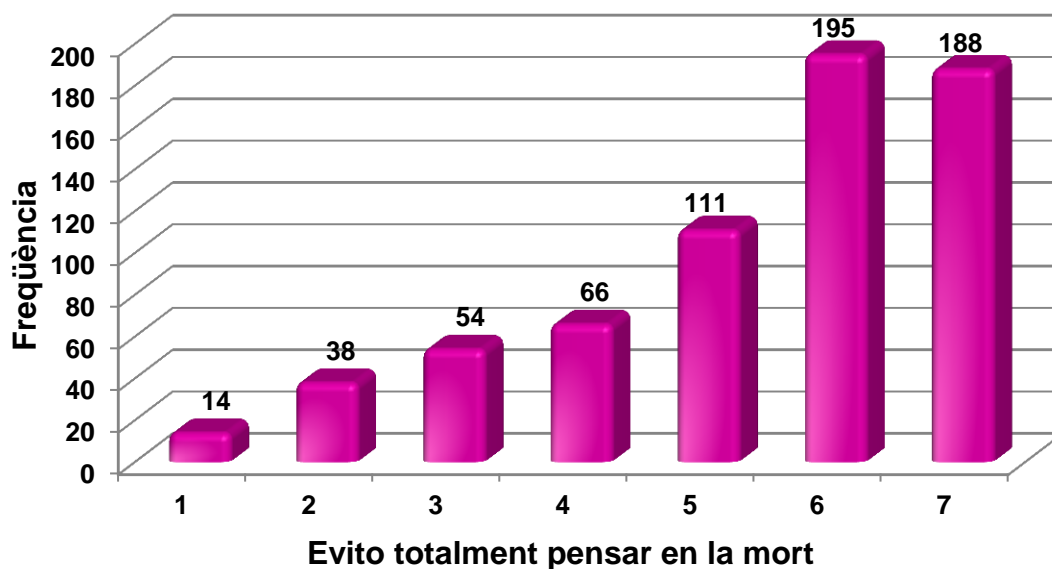


Figura 41.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *Evito totalment pensar en la mort* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

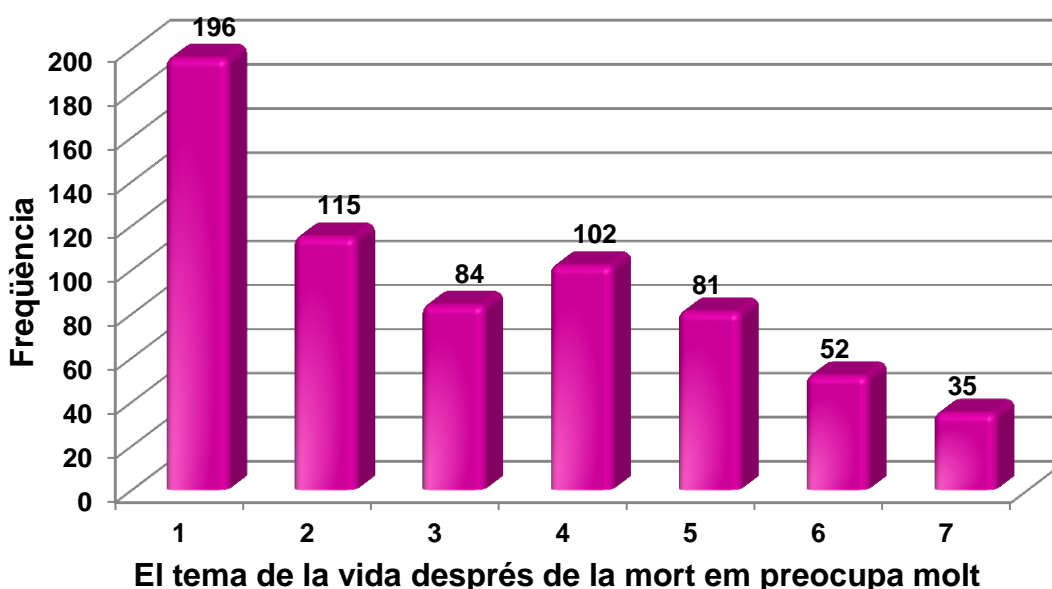
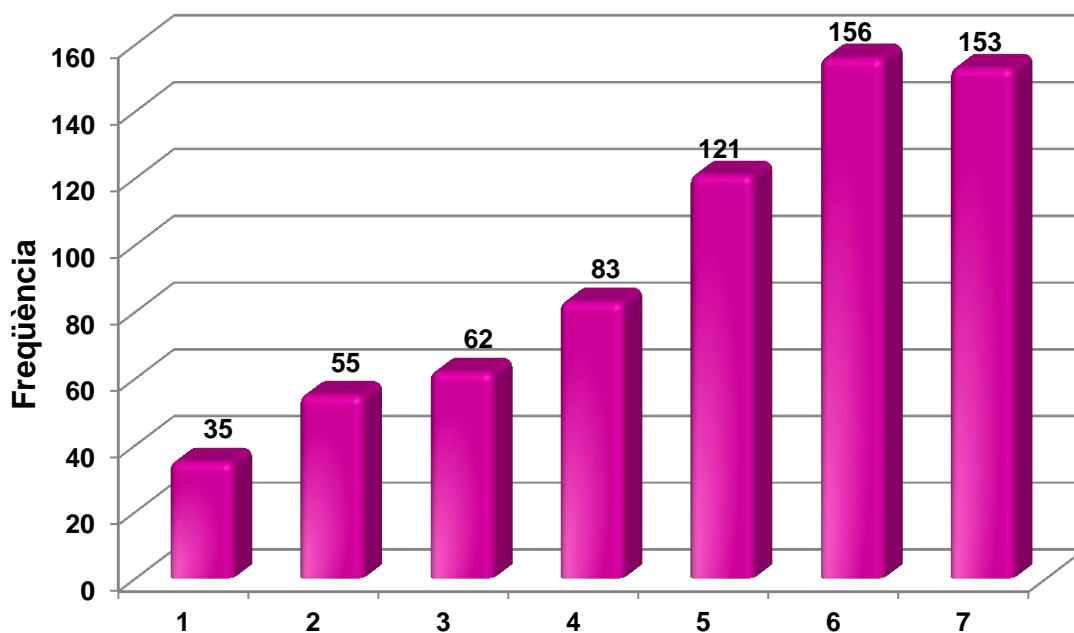


Figura 42.- Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

### 7.2.5 Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* és de 4,9 amb una desviació estàndard de 1,8. A la Figura 43 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



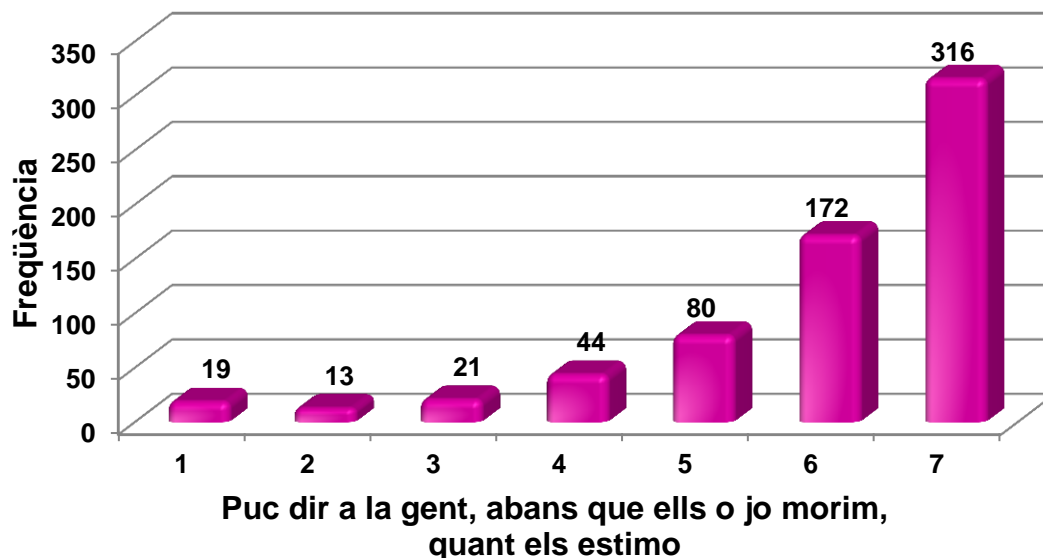
#### Puc parlar de la meva mort amb la meva família i amics

**Figura 43.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i amics* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

### 7.2.6 Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* és de 4,9 amb una desviació estàndard de 1,4. A la Figura 44 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.

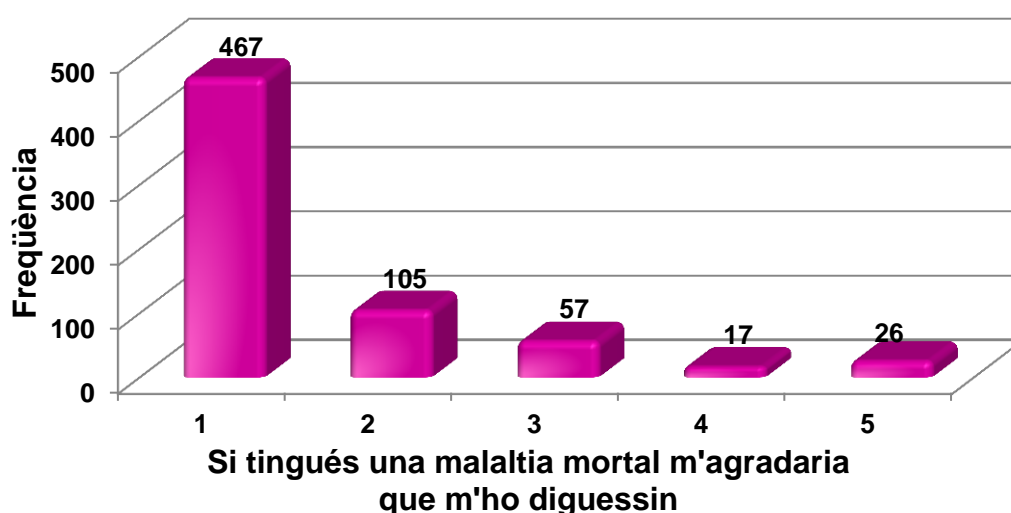




**Figura 44.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

### 7.2.7 Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* és de 1,56 amb una desviació estàndard de 1,017. A la Figura 45 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



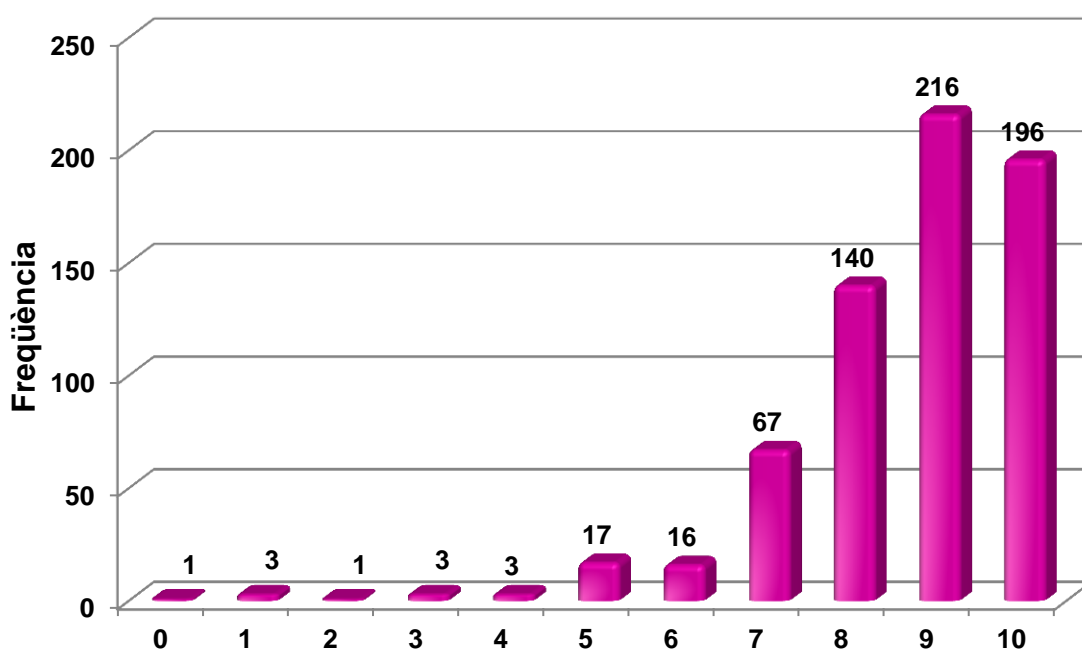
**Figura 45.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats a l'afirmació *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* on 1 indica TD = totalment en desacord i 7 TA = totalment d'acord.

### 7.3 Anàlisi descriptiva de l'escala de Competències Percebudes

S'analitzen els resultats de cadascun dels ítems de l'escala de competències percebudes.

#### 7.3.1 Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* és de 8,6 amb una desviació estàndard de 1,4. A la Figura 46 es pot apreciar la distribució de la resposta dels estudiants.



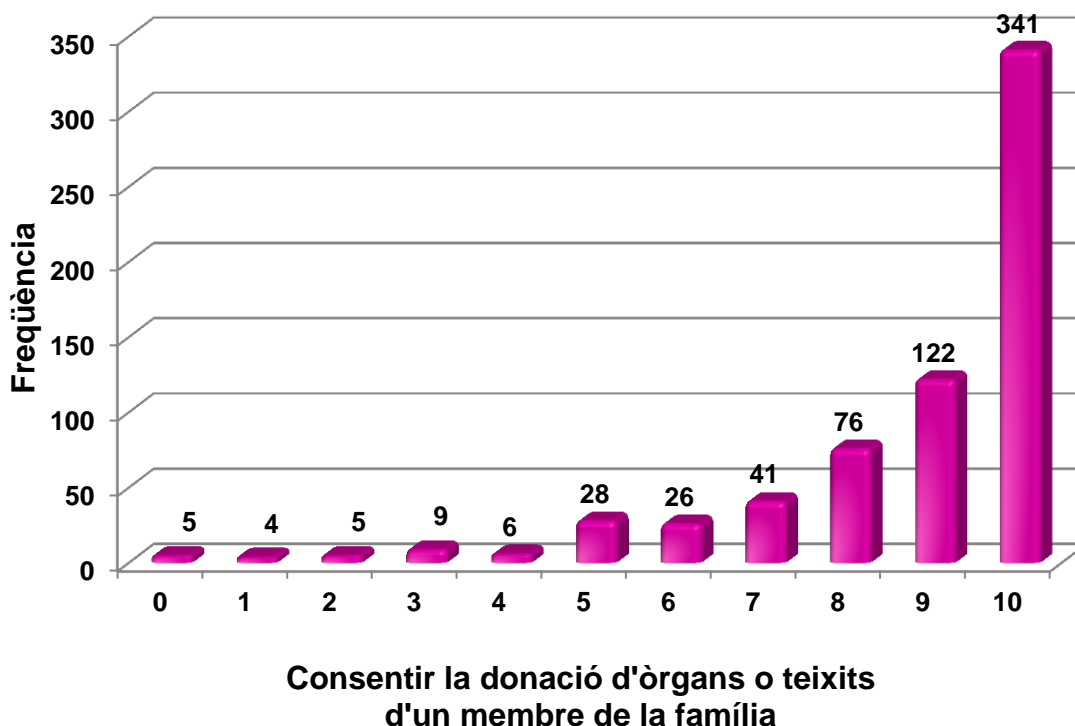
#### Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund

**Figura 46.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* on 1 indica "Molt en desacord" i 10 indica "Molt d'acord".

#### 7.3.2 Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* és de 8,69 amb una desviació

estàndard de 1,974. A la Figura 47 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



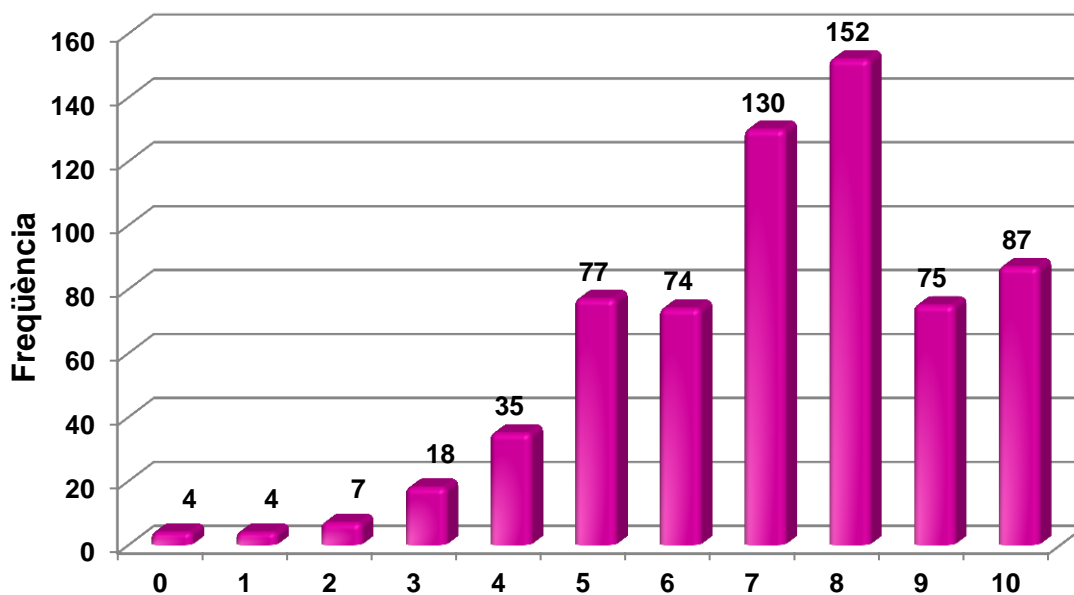
**Figura 47.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* on 1 indica "Molt en desacord" i 10 indica "Molt d'acord".

### 7.3.3 Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* és de 7,1 amb una desviació estàndard de 2. A la Figura 48 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.

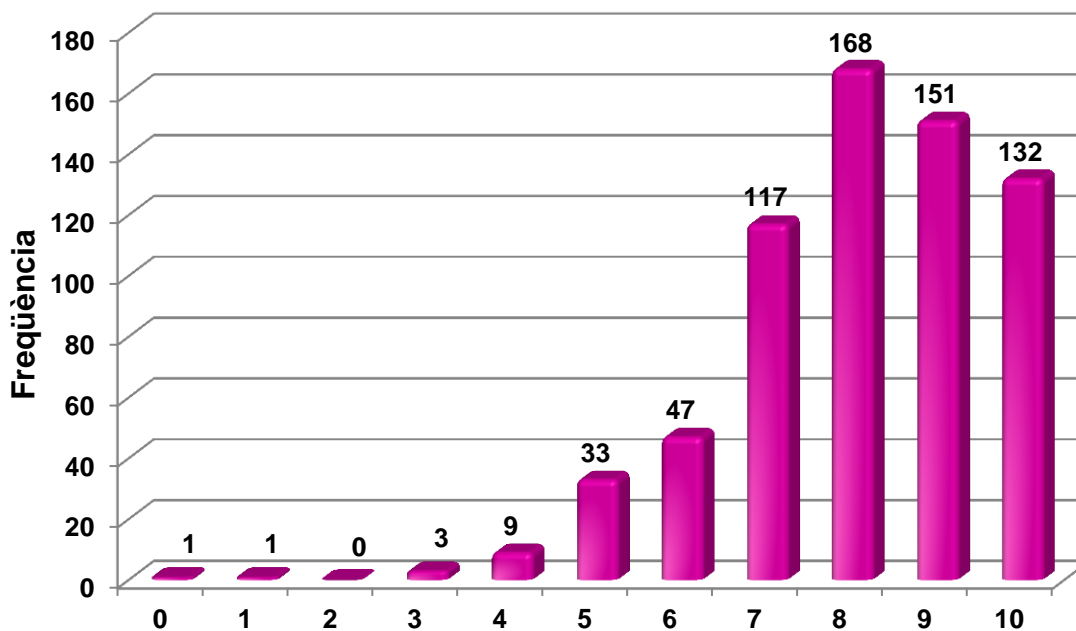
### 7.3.4 Proporcionar suport emocional a la família del pacient

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* és de 8 amb una desviació estàndard de 1,5. A la Figura 49 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



### Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú

**Figura 48.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* on 1 indica "Molt en desacord" i 10 indica "Molt d'acord".

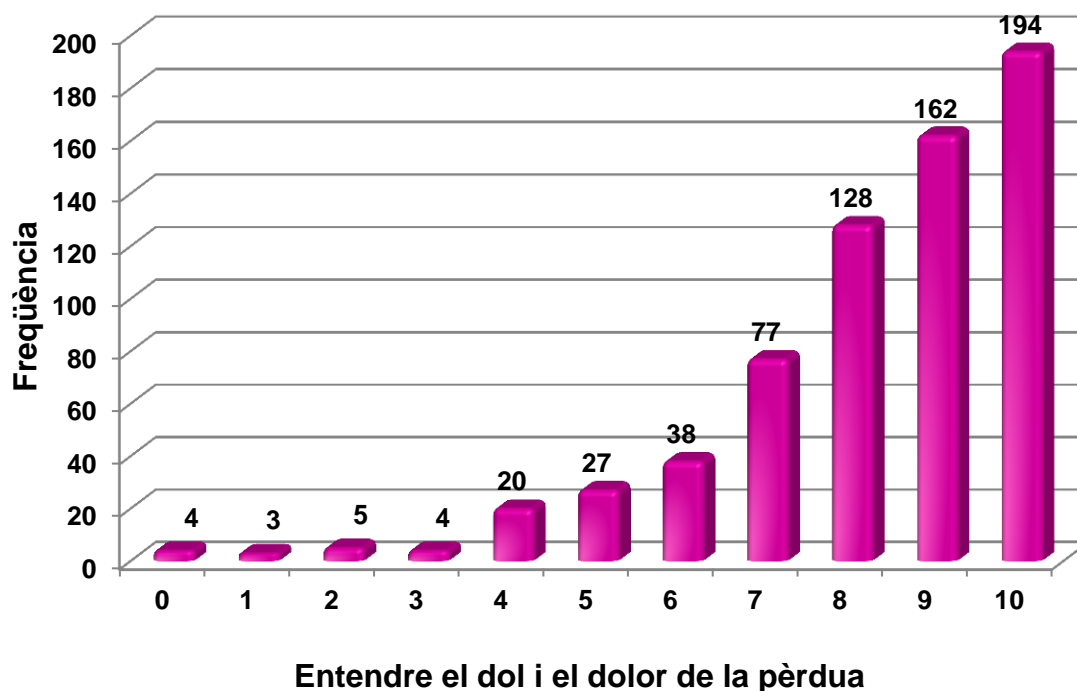


### Proporcionar recolzament emocional a la família del pacient

**Figura 49.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Proporcionar recolzament emocional a la família del pacient* on 1 indica "Molt en desacord" i 10 indica "Molt d'acord".

### 7.3.5 Entendre el dol i el dolor de la pèrdua

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* és de 8,2 amb una desviació estàndard de 1,9. A la Figura 50 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



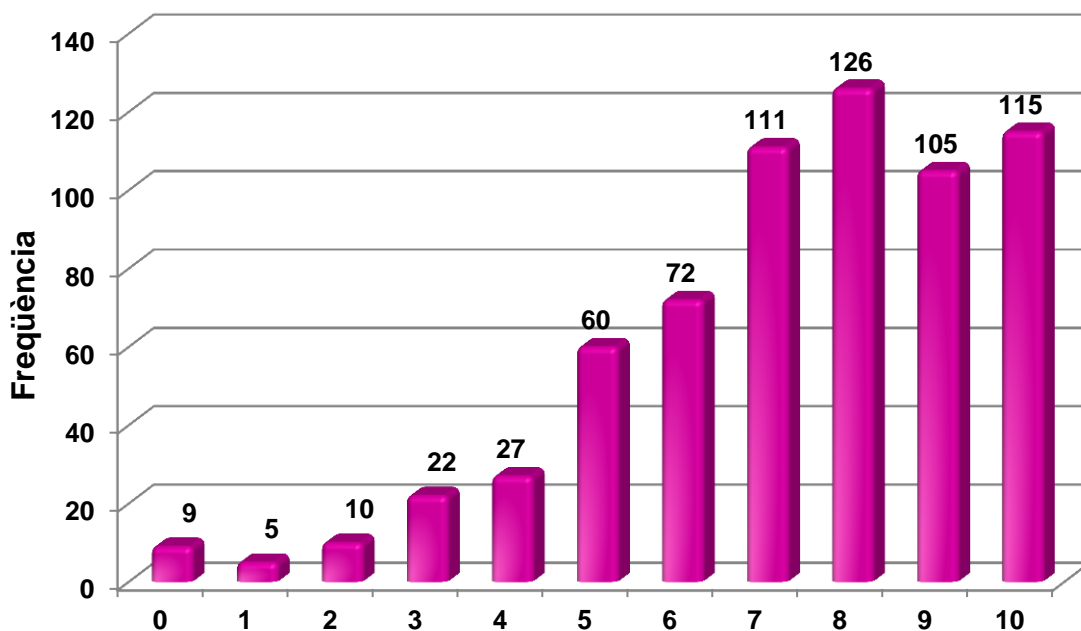
**Figura 50.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* on 1 indica “Molt en desacord” i 10 indica “Molt d’acord”.

### 7.3.6 Estar amb una persona en el moment de la mort

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Estar amb una persona en el moment de la mort* és de 7,2 amb una desviació estàndard de 2,2. A la Figura 51 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.

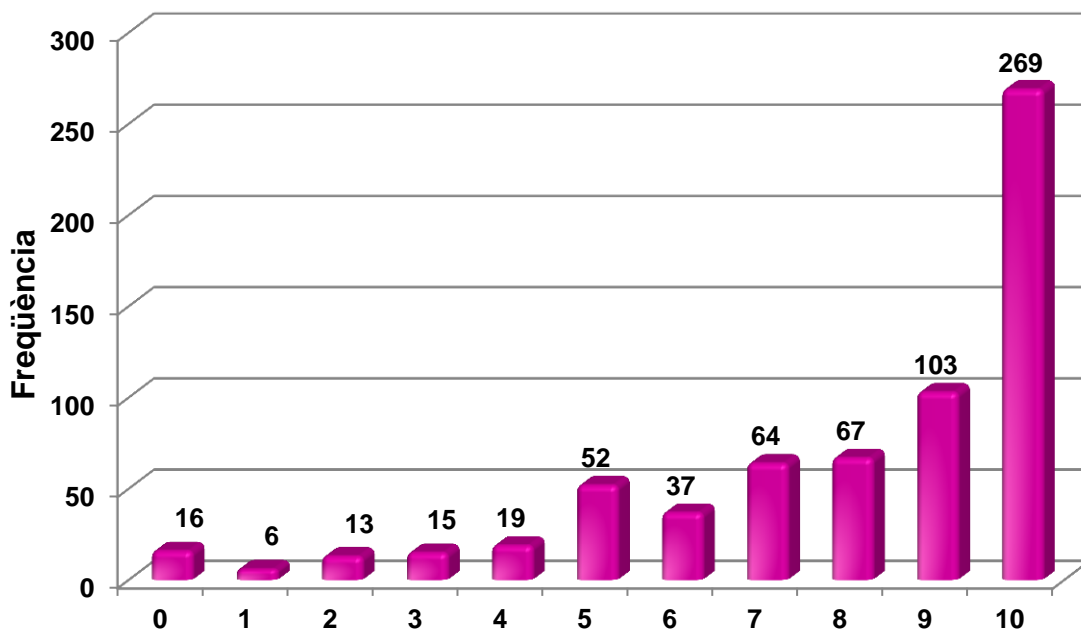
### 7.3.7 Signar tu mateix una targeta de donant

La puntuació mitjana dels estudiants vers la variable *Signar tu mateix una targeta de donant* és de 7,9 amb una desviació estàndard de 2,5. A la Figura 52 es pot apreciar la distribució de resposta dels estudiants.



### Estar amb una persona en el moment de la mort

**Figura 51.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Estar amb una persona en el moment de la mort* on 1 indica "Molt en desacord" i 10 indica "Molt d'acord".



### Signar tu mateix una targeta de donant

**Figura 52.-** Histograma de les respostes dels alumnes enquestats *Signar tu mateix una targeta de donant* on 1 indica "Molt en desacord" i 10 indica "Molt d'acord".

## 7.4 Anàlisi comparativa entre test sociopsicobiogràfic i escala revisada Collett-Lester

En aquest apartat es procedirà a comparar els resultats obtinguts entre l'Escala Revisada Collett-Lester i les variables sociopsicobiogràfiques per tal d'escatir si existeixen relacions o diferències entre elles.

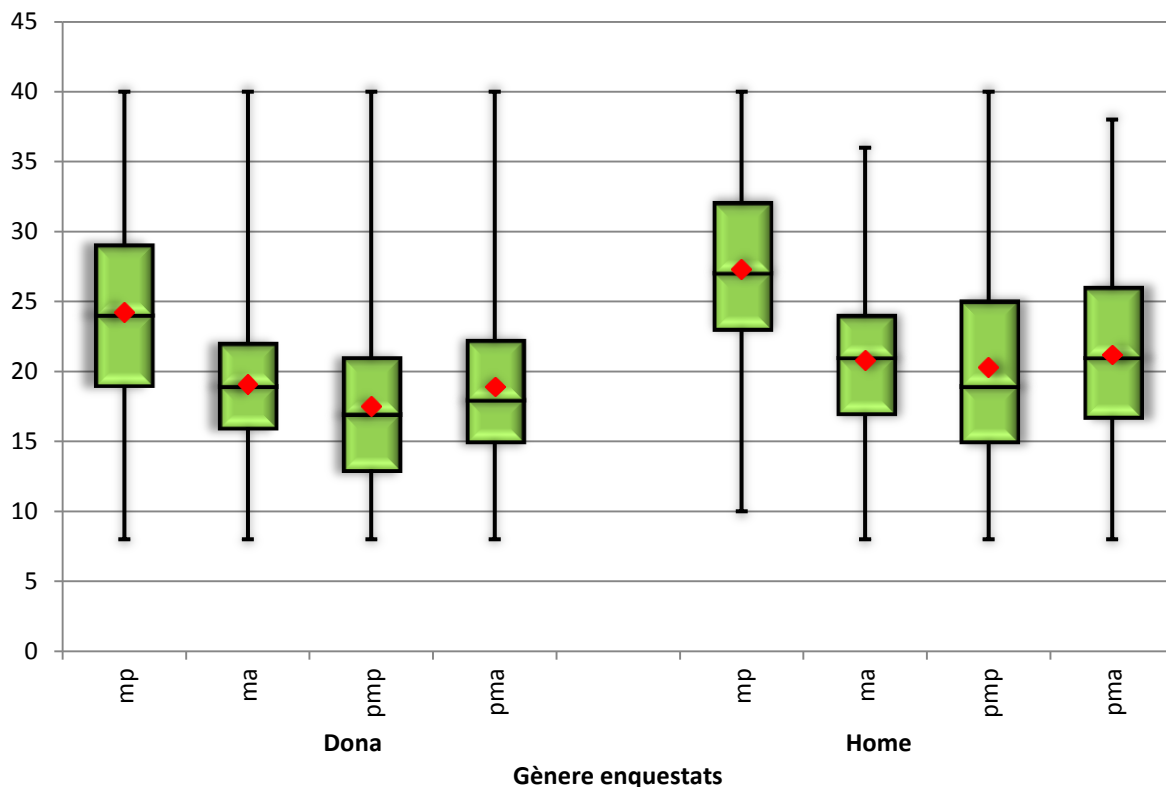
### 7.4.1 Gènere

A partir dels resultats obtinguts i el seu processament estadístic, s'observa que hi ha diferències estadísticament significatives entre les 4 subescales de l'Escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir descrites en l'apartat 6.1.2 i la variable Gènere (Taula 7).

**Taula 7.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett- Lester i la variable Gènere.

Gènere	T d'Student	Valor p
Pròpia Mort	-4,8	<0,0001
Mort dels altres	-3,5	<0,0001
Propi Procés de Morir	-4,9	<0,0001
Procés Morir dels altres	-4,1	<0,0001

Relacionant la variable Gènere amb les 4 subescales de l'escala R Collett-Lester, totes 4 presenten diferències estadísticament significatives. S'observa que les dones tenen una puntuació més baixa que els homes, fet que indica que tenen menys por en les 4 subescales, tal com es comenta als següents apartats (Figura 53).



**Figura 53.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de Morir dels Altres (pma) en funció del gènere dels estudiants. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

#### **7.4.1.1 Gènere i Por a la pròpia Mort**

Associant la variable Gènere amb la Por a la pròpia Mort, a la prova T d'Student (-4,8), dóna una diferència significativa ( $p < 0,0001$ ) en el sentit que les dones puntuen més baix que els homes, fet que indica que tenen significativament menys Por a la Pròpia Mort que els homes.

#### **7.4.1.2 Gènere i Por a la Mort dels altres**

Vinculant la variable Gènere amb la Por a la Mort dels altres, a la prova T d'Student (-3,5), dóna una diferència significativa ( $p < 0,0001$ ) en el sentit que les dones puntuen més baix que els homes, fet que indica que les dones tenen significativament menys Por a la Mort dels altres que els homes.



### 7.4.1.3 Gènere i Por al propi Procés de Morir

Relacionant el Gènere amb la Por al propi Procés de Morir, en la prova T d'Student (-4,9), dona una diferència significativa ( $p < 0,0001$ ) en el sentit que les dones puntuen més baix que els homes, fet que indica que tenen significativament menys Por al propi Procés de Morir que els homes.

### 7.4.1.4 Gènere i Por al Procés de Morir dels altres

Connectant el Gènere amb la Por al Procés de Morir dels altres, en la prova T Student (-4,1), dona una diferència significativa ( $p < 0,0001$ ) en el sentit que les dones puntuen més baix que els homes fet que indica que les dones tenen significativament menys Por al Procés de Morir dels altres que els homes.

### 7.4.2 Edat

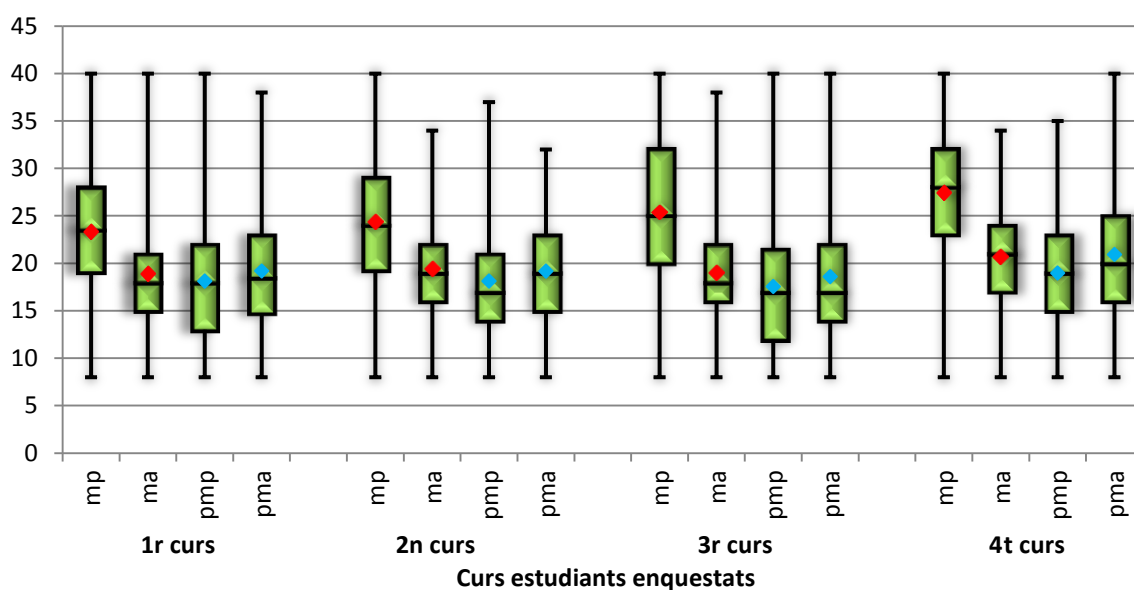
Relacionant la variable Edat amb les 4 subescales de l'Escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir en la prova Rho Spearman dona diferències significatives en la Por a la Pròpia Mort, la Por a la Mort dels altres i la Por al Procés de Morir dels altres el sentit que a més Edat, els Estudiants de Medicina presenten més por. La variable Edat en la prova Rho Spearman no dona diferència significativa amb la Por al propi Procés de Morir (Taula 8).

**Taula 8.-** Resultats de la prova Rho Spearman comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i la variable Edat.

Edat	Rho Spearman	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,18	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,14	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,024	ns
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,099	<b>&lt;0,01</b>

### 7.4.3 Curs i Pla de Bolonya

Relacionant la variable Curs amb les 4 subescales, la prova Rho Spearman dóna diferències significatives quant a la Por a la Pròpia Mort i a la Mort dels altres en el sentit que a major Curs major por (Figura 54). En canvi, no dóna diferències significatives en el Procés de Morir tant propi com dels altres (Taula 9).



**Figura 54.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de Morir dels Altres (pma) en funció del curs que feien els estudiants. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

**Taula 9.-** Resultats de la prova Rho Spearman comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i el curs que realitzen els estudiants de Medicina.

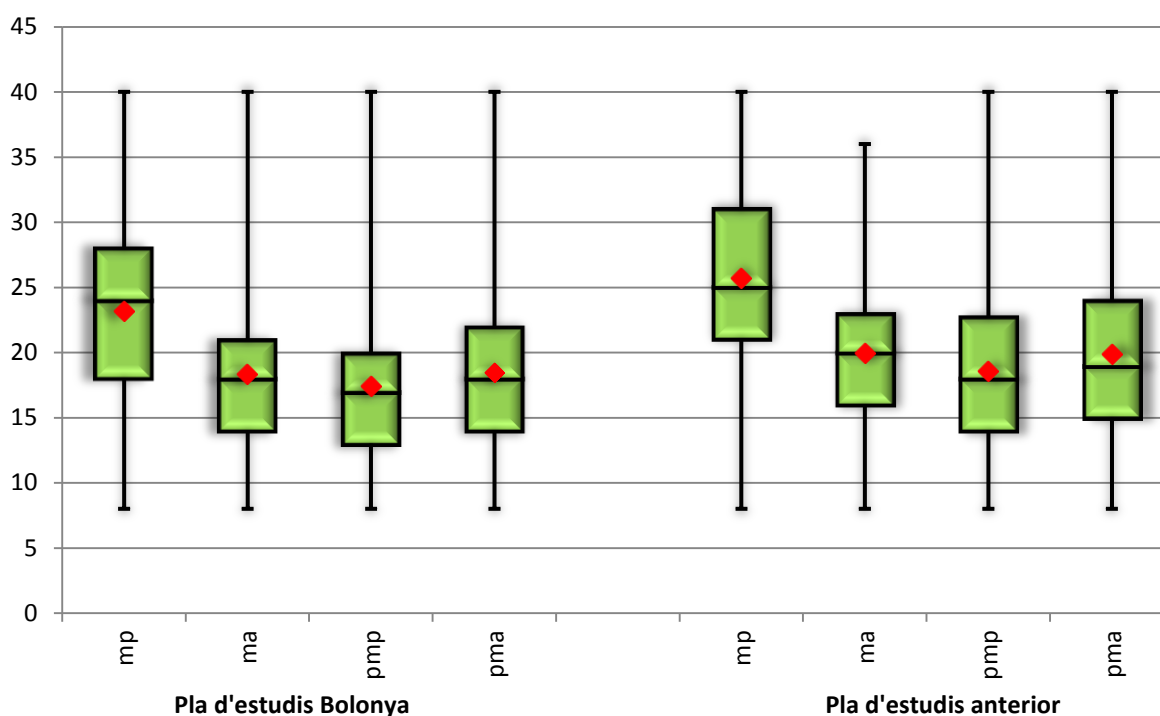
Curs	Rho Spearman	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	0,2	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,12	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,04	ns
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,068	ns

En relació als estudiants del Pla Bolonya, s'ha trobat diferències significatives entre aquests i els anteriors en totes les quatre subescales (Taula 10). Podem

afirmar que els alumnes que han cursat el Pla Bolonya tenen significativament menys por a la Pròpia Mort, a la Mort dels altres, al Propi Procés de Morir i al Procés Morir dels altres (Figura 55).

**Taula 10.-** Resultats de la prova T d’Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l’haver cursat el pla d’estudis Bolonya.

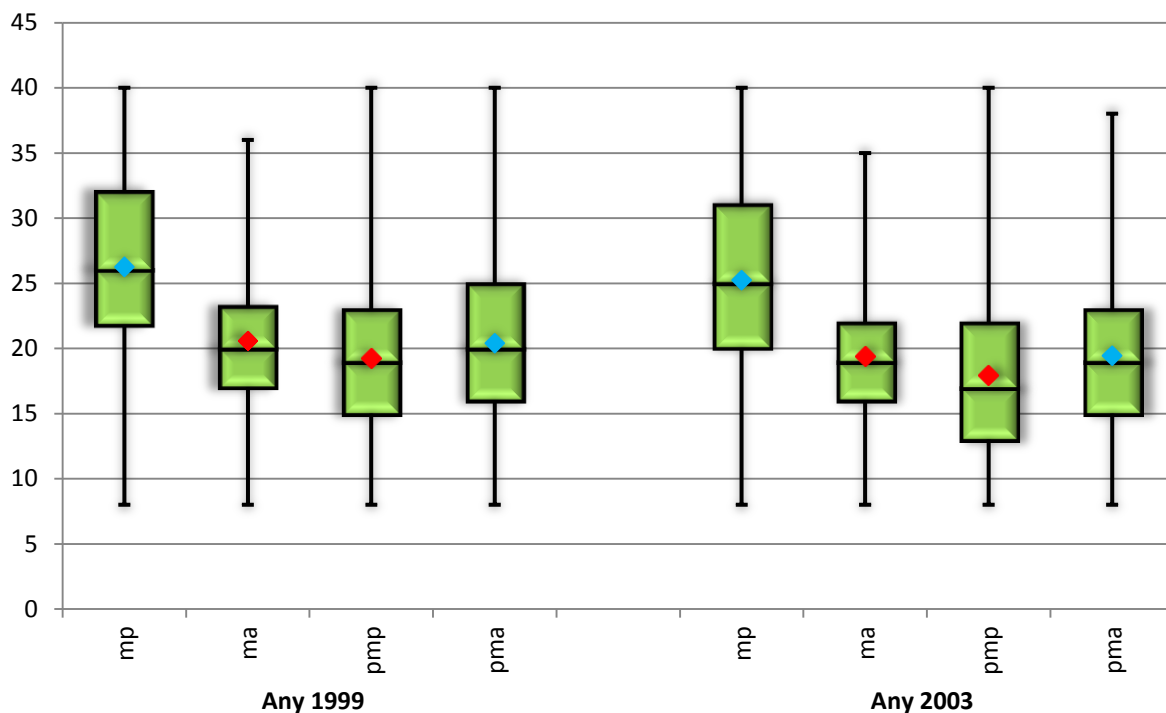
Pla Bolonya		
	T d’Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	- 3,9	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Mort dels altres</b>	- 3,6	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	- 2,1	<b>0,02</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	- 2,7	<b>0,007</b>



**Figura 55.-** Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i Por al Procés de Morir dels Altres (pma) en funció del pla d’estudis que seguien els estudiants. Els rombets representen els valors mitjans. Els rombets vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

En relació als estudiants de llicenciatura dels anys 1999 i 2003, s’ha trobat diferències significatives en la Por a la Mort dels altres i la Por al Propi Procés

de Morir, en el sentit que els darrers tenen menys por (Figura 56). En canvi no es troba diferències significatives en la Por a la Pròpia Mort i la Por al Procés de Morir dels altres (Taula 11).



**Figura 56.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de Morir dels Altres (pma) en relació al pla d'estudis anterior a Bolonya. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

**Taula 11.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i el pla d'estudis anterior a Bolonya.

1999-2003		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	1,5	ns
<b>Mort dels altres</b>	2,4	<b>0,017</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	2,2	<b>0,02</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	1,7	ns

#### 7.4.4 Residència familiar i convivència durant el curs escolar

Relacionant la residència familiar habitual amb la Por a la Mort i el Procés de Morir no s'han trobat diferències significatives quant al fet de viure en una ciutat gran o petita o en un poble gran o petit.

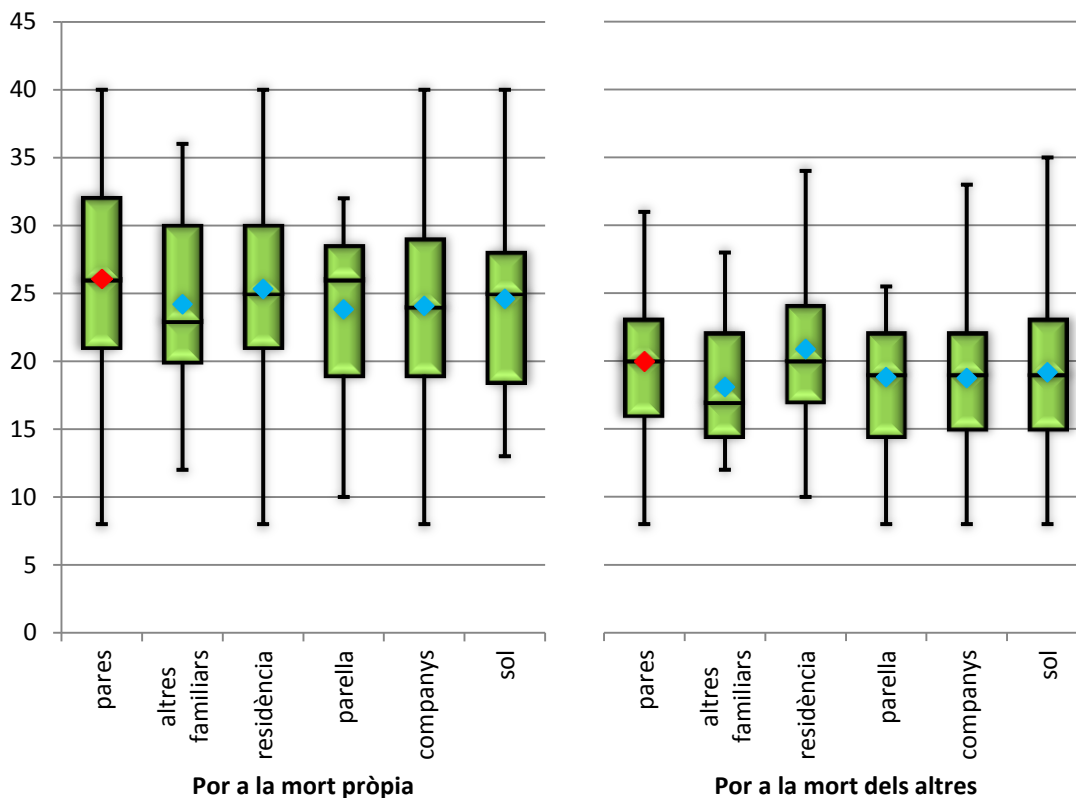
Sí que s'ha trobat diferències significatives entre la convivència habitual amb els pares i el fet de conviure amb companys durant el curs escolar, presentant més Por a la Mort els estudiants de Medicina que conviuen amb els pares, en les subescales de Por a la pròpia Mort i Por a la Mort dels altres (Taula 12 i Figura 57).

**Taula 12.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i la residència durant el curs escolar dels estudiants de Medicina.

<b>Convivència amb Pares vs Companys</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	3,1	<b>0,002</b>
<b>Mort dels altres</b>	2,8	<b>0,005</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	1,7	ns
<b>Procés Morir dels altres</b>	1,04	ns

#### 7.4.5 Dependència econòmica

Quant a la variable dependència econòmica dels pares o tutors, no s'ha trobat diferències significatives relacionant-la amb la Por a la Mort i al Procés de Morir, com tampoc se n'ha trobat amb les variables tenir beca o el tipus de vacances familiars que habitualment realitzen.



**Figura 57.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma) en relació tipus de convivència dels estudiants durant el curs acadèmic. Els rombes blaus representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

#### 7.4.6 Centre on han estudiat BUP/ESO/BATXILLERAT

No s'han trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i el Procés de Morir i la variable tipus de centre escolar públic o privat tant si està situat en poble o ciutat on els estudiants de Medicina han cursat els estudis previs.

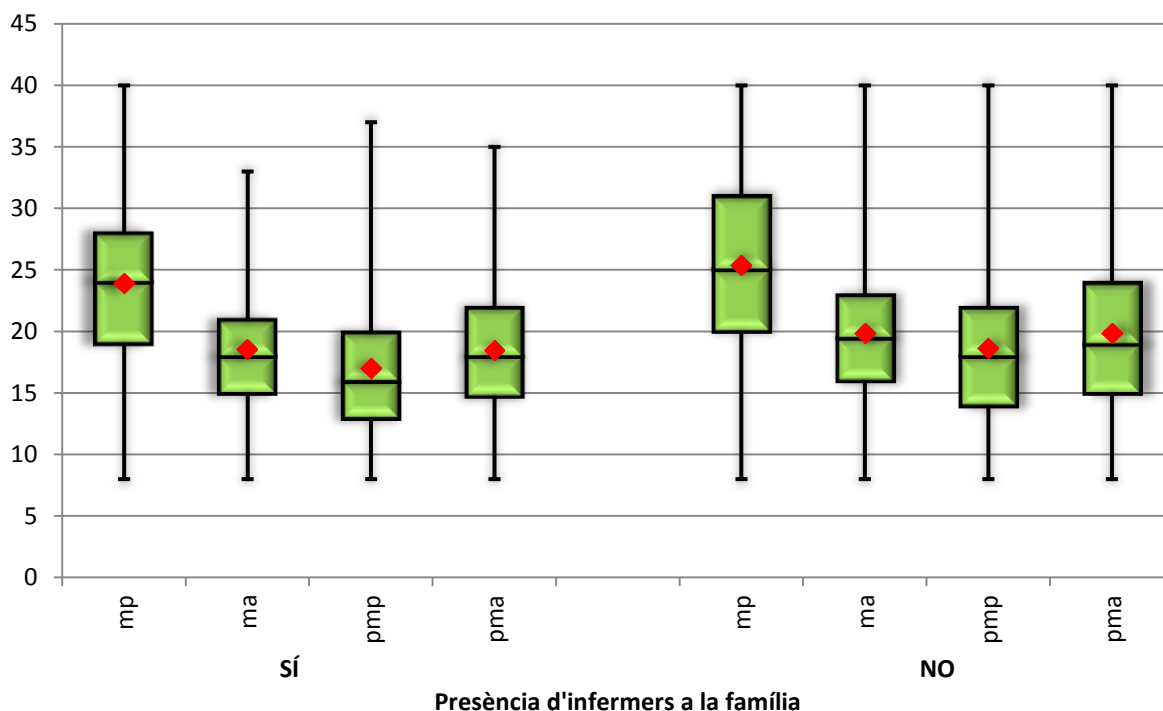
#### 7.4.7 Professió pares i família

No s'han trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i el Procés de Morir i la presència de professionals metges a la família.

La presència de professionals infermers a la família de l'estudiant de Medicina dona una diferència significativa fent que tinguin menys por a la mort en totes les subescales. (Taula 13 i Figura 58)

**Taula 13.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett – Lester i la professió de professionals infermers a la família dels estudiants de Medicina.

Presència de professionals infermers a la família		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	- 2,3	<b>0,017</b>
<b>Mort dels altres</b>	- 2,8	<b>0,005</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	- 2,9	<b>0,003</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	- 2,6	<b>0,009</b>



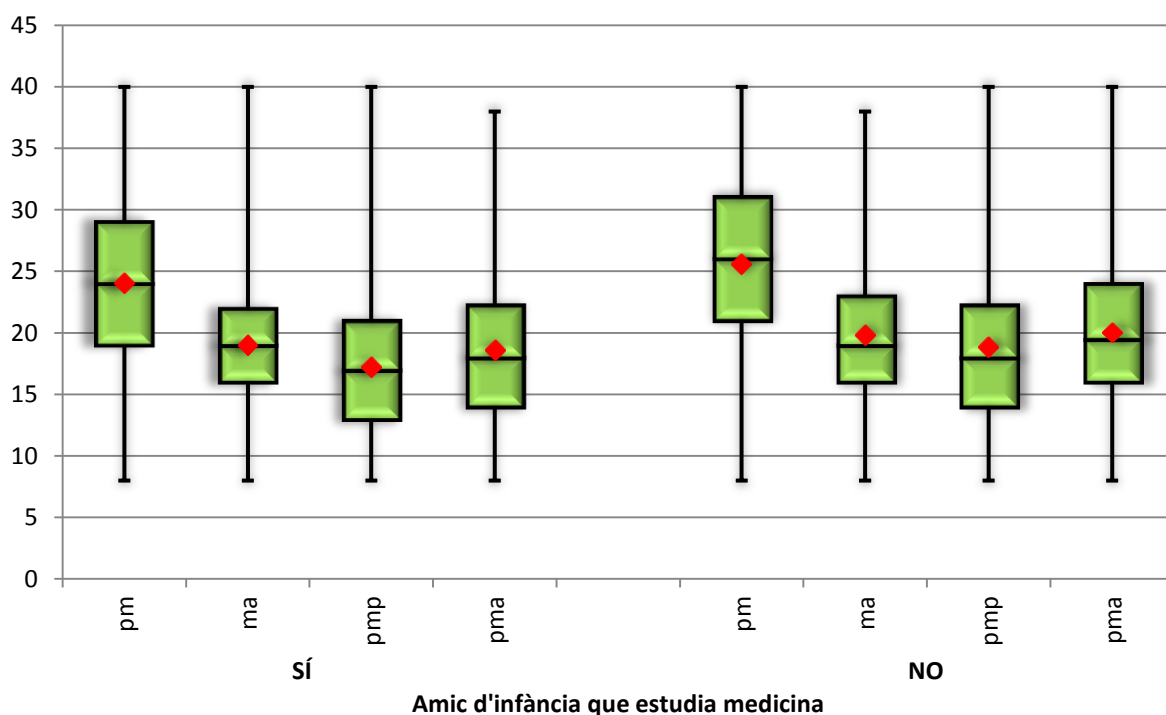
**Figura 58.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'antecedents familiars infermers. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

### 7.4.8 Amic infància que estudia Medicina

Relacionant la variable algun Amic de la meua Infantesa estudia Medicina amb la Por a la Mort i al Procés de Morir s'ha trobat diferències significatives en les quatre subescales, presentant els estudiants de Medicina menys por a la mort (Taula 14 i Figura 59).

**Taula 14.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'amic d'infància que estudia Medicina dels estudiants de Medicina.

Presència amic infància que estudia Medicina		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	- 2,7	<b>0,007</b>
<b>Mort dels altres</b>	- 2,04	<b>0,042</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	- 3,2	<b>0,001</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	- 2,8	<b>0,004</b>



**Figura 59.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'amics d'infància que estudiïn Medicina. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.



#### **7.4.9 Edat en que decideix estudiar Medicina**

Vinculant la variable Edat en que els estudiants de Medicina decideixen escollir la professió de metge amb la Por a la Mort, no s'ha trobat diferències significatives.

#### **7.4.10 Especialitat que agradaria**

No s'ha trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i la variable Especialitat que agradaria exercir en acabar la carrera als estudiants de Medicina.

#### **7.4.11 Sèrie mèdica preferida de la TV**

Relacionant la Por a la Mort i la variable Sèrie mèdica preferida que fan a la TV, no s'ha trobat diferències significatives.

#### **7.4.12 Realització d'activitats de voluntariat**

No s'ha trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i la variable realització de tasques de voluntariat en general, ni tampoc les realitzades amb persones malaltes.

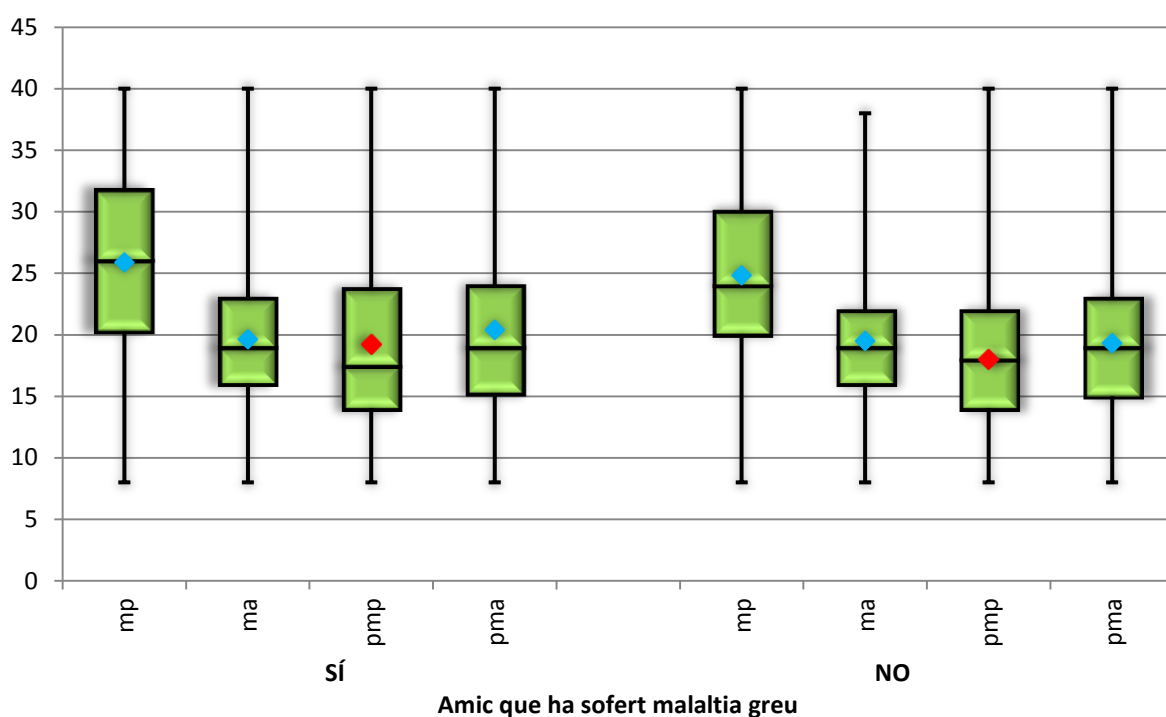
#### **7.4.13 Antecedents de salut**

No s'ha trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i les variables percepció de salut, haver tingut antecedents de malaltia greu pròpia, antecedents de malaltia greu en un familiar, haver estat ingressat per motius quirúrgics o per malaltia pròpia.

S'ha trobat diferència significativa entre Por a la Mort en la subescala Por al propi Procés de Morir i tenir antecedent d'amic amb malaltia greu, presentant més por als que han tingut un amic malalt (Taula 15 i Figura 60).

**Taula 15.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'antecedent de malaltia greu d'un amic dels estudiants de Medicina.

Antecedent malaltia greu d'un amic		
	T d'Student	Valor p
<b>Propi Procés de Morir</b>	1,9	<b>0,05</b>



**Figura 60.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Mori Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'amics que hagin sofert malalties greus. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

#### 7.4.14 Experiència de mort

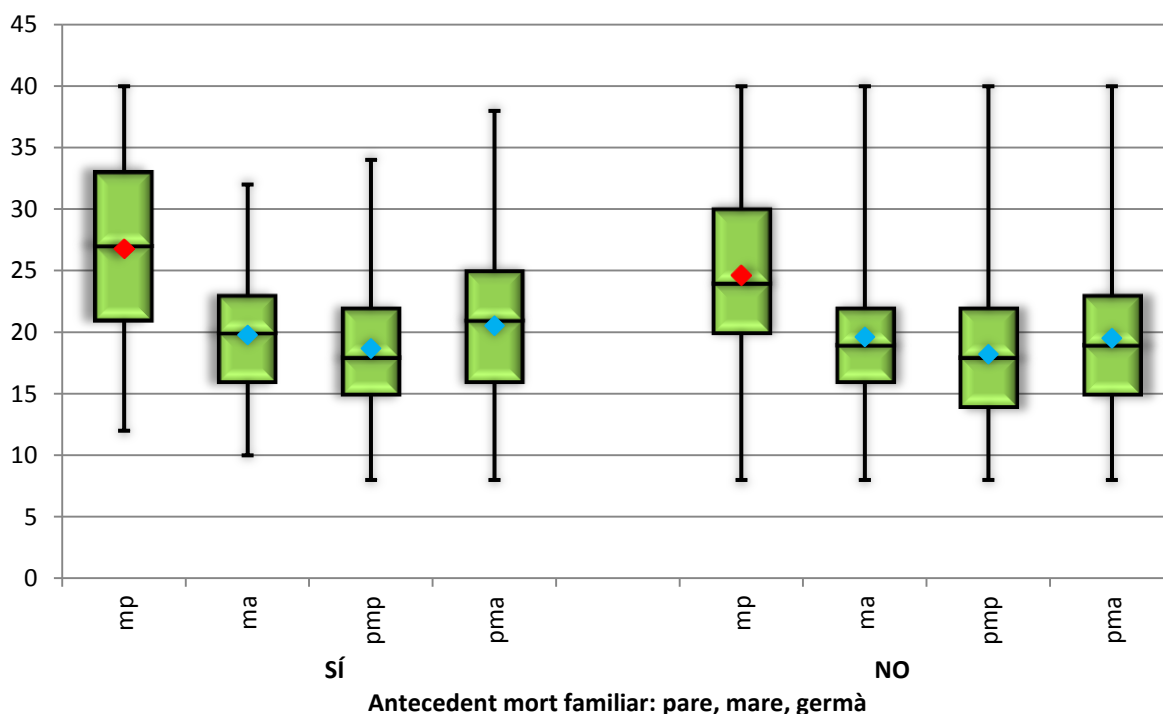
Relacionant les variables he tingut experiència de la mort d'un familiar proper i l'edat que els estudiants del Medicina tenien en aquell moment amb la Por a la Mort, no s'han trobat diferències significatives.

**7.4.14.1 Antecedent mort familiar: pare, mare, germà**

S'han trobat diferències significatives entre la Por a la pròpia Mort i l'antecedent de la mort d'un familiar de primer grau com pot ser el pare, la mare o un germà (Taula 16). Els estudiants de Medicina que se'ls ha mort el pare, la mare o un germà o germana presenten més por a la pròpia Mort (Figura 61).

**Taula 16.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i l'antecedent de mort d'un familiar com el pare, la mare o germà dels estudiants de Medicina.

Antecedent mort familiar: pare, mare o germà		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	1,9	<b>0,05</b>



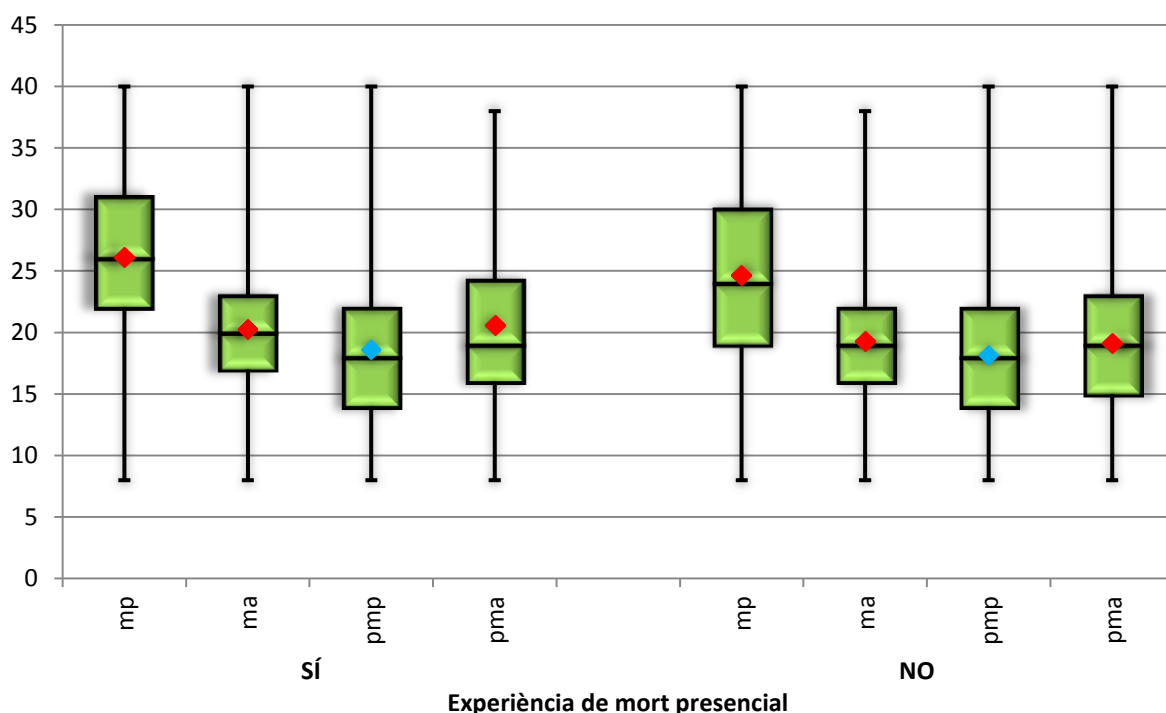
**Figura 61.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la presència d'antecedents de mort de pare, mare o germà. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

#### 7.4.14.2 Mort presencial

Vinculant la variable tenir antecedents de Mort presencial amb les 4 subescales dóna diferències significatives (Taula 17). Els estudiants de Medicina que han presenciat la Mort d'una persona tenen més por a la pròpia Mort, a la Mort de l'altre, i al procés de Morir de l'altre ( ).

**Taula 17.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i haver presenciat una mort en els estudiants de Medicina.

Mort presencial			
	T d'Student	Valor p	
<b>Mort pròpia</b>	2,1	<b>0,03</b>	
<b>Mort dels altres</b>	3	<b>0,04</b>	
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,8	ns	
<b>Procés Morir dels altres</b>	2,6	<b>0,009</b>	



**Figura 62.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collet-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a l'experiència de mort presencial. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

### 7.4.15 Creences

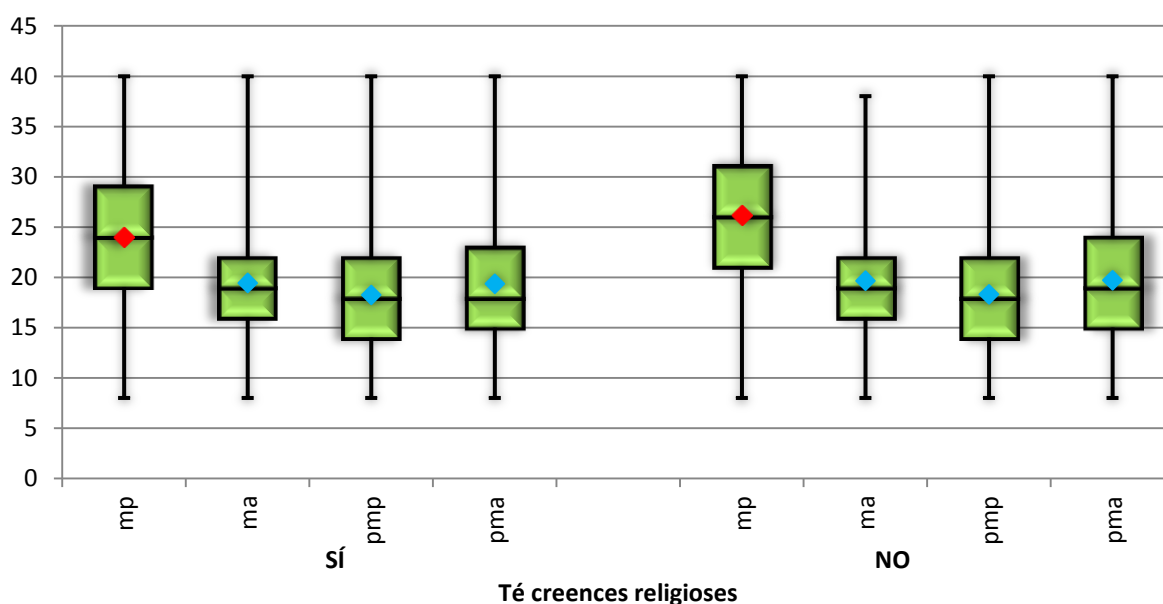
Es contempla com a creences tant les religioses com creure en el “més enllà”. És per això que posem ambdues en aquest mateix apartat.

#### 7.4.15.1 Religioses

S'ha trobat una diferència significativa entre la subescala Por a la pròpia Mort i la presència de Creences Religioses, presentant menys por a la pròpia Mort els estudiants que refereixen tenir creences religioses (Taula 18 i Figura 63).

**Taula 18.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i les creences religioses dels estudiants de Medicina.

Creences religioses		T d'Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>		-3,9	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Mort dels altres</b>		- 0,5	ns
<b>Propi Procés de Morir</b>		- 0,1	ns
<b>Procés Morir dels altres</b>		- 0,7	ns



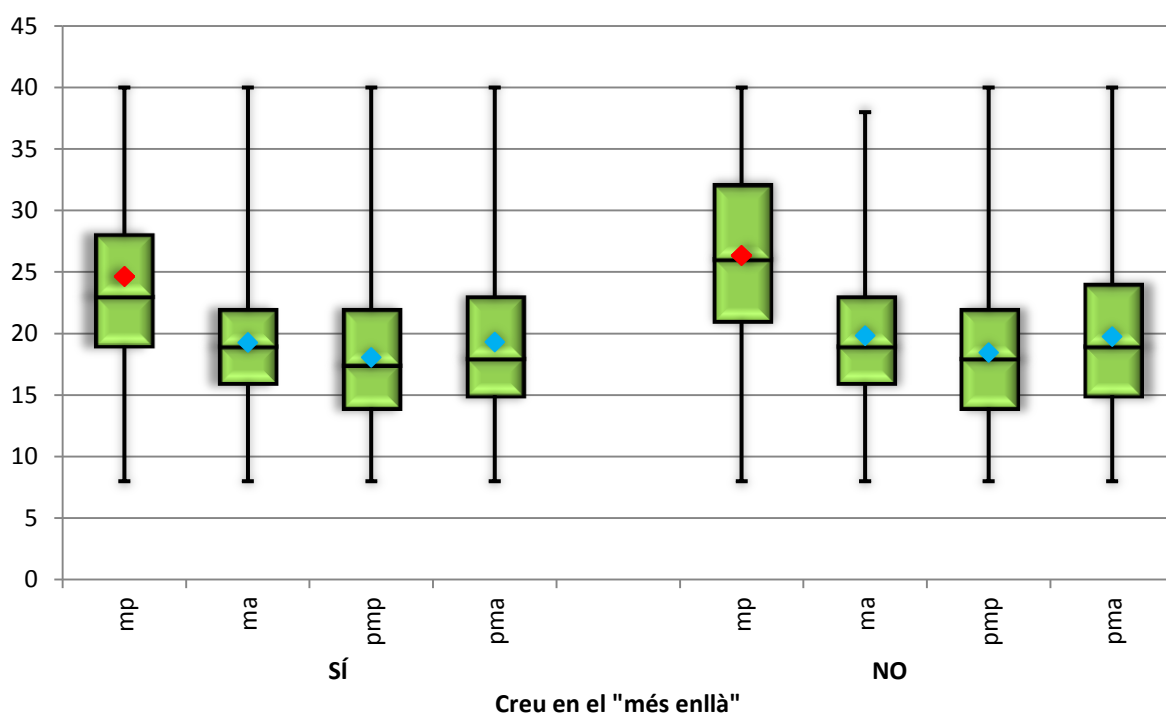
**Figura 63.-** Diagrama de caixes de les variables de l'escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Morir Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a les creences religioses. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

### 7.4.15.2 El “més enllà”

Relacionant creure en el “més enllà” amb les 4 subescales de la Por a la Mort, hi ha diferències significatives entre la Por a la pròpia Mort i la presència de creences en el “més enllà”, presentant els estudiants de Medicina menys por a la pròpia Mort (Taula 19 i Figura 64).

**Taula 19.-** Resultats de la prova T d’Student comparant els resultats de les subescales Collett-Lester i tenir creences en el “més enllà” dels estudiants de Medicina.

Creences en el “més enllà”		
	T d’Student	Valor p
<b>Mort pròpia</b>	-4,9	<b>&lt;0,0001</b>



**Figura 64.-** Diagrama de caixes de les variables de l’escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort Pròpia (mp), Por a la Mort dels Altres (ma), Por al Procés de Mort Propi (pmp) i al Procés de la Mort dels Altres (pma) en relació a la creença en el “més enllà”. Els rombes representen els valors mitjans. Els rombes vermells indiquen mitjanes significativament diferents.

#### **7.4.16 Cursos de Creixement Personal**

Connectant la variable haver realitzat cursos de creixement personal i/o haver llegit literatura sobre la mort amb la Por a la Mort, no s'han trobat diferències significatives.

## 7.5 Anàlisi comparativa entre l'escala d'Afrontament a la Mort i les variables sociopsicobiogràfiques

En aquest apartat es procedirà a comparar els resultats obtinguts entre cadascun dels ítems de l'escala d'Afrontament a la Mort i les variables sociopsicobiogràfiques per tal d'escatir si existeixen relacions o diferències entre ells.

### 7.5.1 La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Gènere** no s'han trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 20.

**Taula 20.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats de *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* i el **Gènere** dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	1,3	1,9

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable *Any enquesta* no s'han trobat diferències significatives. Sí que s'han trobat diferències significatives amb **Curs i Edat**, en el sentit que ho corroboren més, com es pot veure a la Taula 21.



**Taula 21.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	0,119	<b>0,002</b>
<b>Edat</b>	0,080	<b>0,039</b>
<b>Any enquesta</b>	-0,029	ns

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Pla Bolonya** no s'han trobat diferències significatives (Taula 22).

**Taula 22.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	0,7	0,4

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Convivència** no s'han trobat diferències significatives (Taula 23).

**Taula 23.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	0,4	0,6

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Mort propera** no s'han trobat diferències significatives (Taula 24).

**Taula 24.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* i **Mort propera** dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,03	0,9

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Mort familiar primer grau** es troba diferències significatives en el sentit que puntuen més baix, volent dir que hi ha menys acceptació, tal com es pot veure a la Taula 25.

**Taula 25.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* i **Mort familiar primer grau** dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	-2,2	<b>0,01</b>

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Mort presencial** es troba una diferència significativa molt justa en el sentit que puntuen més alt, volent dir que hi ha més acceptació, tal com es pot veure a la Taula 26.

**Taula 26.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	1,9	<b>0,05</b>

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb la variable **Creences** es troben diferències significatives en el sentit que puntuen més alt, volent dir que hi ha més acceptació, tal com es pot veure a la Taula 27.

**Taula 27.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	2,2	<b>0,01</b>

### 7.5.2 Em sento preparat per afrontar la meua mort

Relacionant la variable **Gènere** amb *Em sento preparat per afrontar la meua mort* es troba diferències significatives en el sentit que els homes es troben més preparats per afrontar la seva mort que les dones, com es pot veure a la Taula 28.

**Taula 28.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meua mort i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meua mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	-0,9	<b>&lt;0,0001</b>

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb les variables **Curs i Edat** no s'han trobat diferències significatives. Sí que s'han trobat diferències significatives amb **Any enquesta**, en el sentit que se senten menys preparats com es pot veure a la Taula 29.

**Taula 29.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats *Em sento preparat per afrontar la meva mort* i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meva mort</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	0,051	0,186
<b>Edat</b>	0,068	0,082
<b>Any enquesta</b>	-0,165	<b>0,000</b>

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb la variable **Pla Bolonya** s'ha trobat diferències significatives comparant ambdós plans, en el sentit que els alumnes del Pla Bolonya se senten menys preparats per afrontar la pròpia mort, com es pot veure a la Taula 30.

**Taula 30.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Em sento preparat per afrontar la meva mort* i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meva mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	-4,2	<b>&lt;0,0001</b>

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb la variable **Convivència** no s'han trobat diferències significatives (Taula 31).

**Taula 31.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meva mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	0,5	0,6

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb la variable **Mort propera** no s'han trobat diferències significatives (Taula 32).

**Taula 32.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meva mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,09	0,9

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 33.

**Taula 33.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meva mort i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meva mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	0,9	0,3

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb la variable **Mort presencial** es troba una diferència significativa molt justa en el sentit que puntuen més alt, volent dir que se senten més preparats, tal com es pot veure a la Taula 34.

**Taula 34.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meua mort i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meua mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	1,93	<b>0,05</b>

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meua mort* amb la variable **Creences** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 35.

**Taula 35.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Em sento preparat per afrontar la meua mort i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Em sento preparat per afrontar la meua mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	1,52	0,1

### 7.5.3 Evito totalment pensar en la mort

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Gènere** es troben diferències significatives en el sentit que les dones eviten més pensar en la mort, com es pot veure a la Taula 36.

**Taula 36.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	5,4	<b>&lt;0,0001</b>

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb les variables **Curs, Edat i Any enquesta** no s'han trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 37.

**Taula 37.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	0,052	0,184
<b>Edat</b>	-0,041	0,291
<b>Any enquesta</b>	-0,059	0,127

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Pla Bolonya** no s'han trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 38.

**Taula 38.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	-1,7	0,07

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Convivència** no s'han trobat diferències significatives (Taula 39).

**Taula 39.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	1,7	0,3

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Mort propera** no s'han trobat diferències significatives (Taula 40).

**Taula 40.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Evito totalment pensar en la mort i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	1,4	0,1

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 41.

**Taula 41.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Evito totalment pensar en la mort* i **Mort familiar primer grau** dels Estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	0,1	0,8

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 42.

**Taula 42.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Evito totalment pensar en la mort* i **Mort presencial** dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	0,5	0,6

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb la variable **Creences** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 43.

**Taula 43.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Evito totalment pensar en la mort* i **Creences** dels estudiants de Medicina.

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	1,3	0,18

#### 7.5.4 El tema de la vida després de la mort em preocupa molt

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Gènere** no es troben diferències significatives, com es pot veure a la Taula 44.



**Taula 44.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	-0,6	0,5

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb les variables **Edat i Any enquesta** no s'han trobat diferències significatives. Sí amb la variable **Curs**, com es pot veure en la Taula 45.

**Taula 45.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,111	<b>0,004</b>
<b>Edat</b>	-0,39	0,312
<b>Any enquesta</b>	0,004	0,928

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Pla Bolonya** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 46.

**Taula 46.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	0,8	0,4

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Convivència** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 47).

**Taula 47.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	0,4	0,6

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Mort propera** no s'han trobat diferències significatives (Taula 48).

**Taula 48.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	-0,5	0,5

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 49.

**Taula 49.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	0,2	0,8

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 50.

**Taula 50.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	0,003	0,9

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb la variable **Creences** es troben diferències significatives en el sentit que els que tenen creences puntuen més alt, es preocupen més per la Mort, tal com es pot veure a la Taula 51.

**Taula 51.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats El tema de la vida després de la mort em preocupa molt i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	6,8	<0,0001

### 7.5.5 Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Gènere** no es troben diferències, com es pot veure a la Taula 52.

**Taula 52.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	1,5	0,2

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb les variables **Curs, Edat i Any enquesta** no s'han trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 53.

**Taula 53.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	0,029	0,456
<b>Edat</b>	-0,015	0,703
<b>Any enquesta</b>	-0,004	0,914

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Pla Bolonya** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 54.

**Taula 54.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics t</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	0,18	0,8

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Convivència** no s'han trobat diferències significatives (Taula 55).

**Taula 55.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	-0,9	0,3

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Mort propera** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 56).

**Taula 56.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	1	0,3

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 57.

**Taula 57.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	1,03	0,27

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 58.

**Taula 58.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	1	0,3

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb la variable **Creences** s'han trobat diferències significatives, en el sentit que els que tenen creences puntuen més baix, els costa més parlar de la mort tal com es pot veure a la Taula 59.

**Taula 59.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc parlar de la meua mort amb la meua família i els meus amics i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Puc parlar de la meua mort amb la meua família i els meus amics</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	-2,2	<b>0,02</b>

### 7.5.6 Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Gènere** es troba diferències significatives en el sentit que les dones puntuen més alt, considerem més que els homes, poden dir quant estimen, com es pot veure a la Taula 60.

**Taula 60.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	3	<b>0,002</b>

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb les variables **Curs i Any enquesta** no s'ha trobat diferències significatives. Sí que es troben diferències significatives entre **Edat** i comunicar l'estima, com es pot veure a la Taula 61.

**Taula 61.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,074	0,057
<b>Edat</b>	-0,099	<b>0,011</b>
<b>Any enquesta</b>	0,066	0,090

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Pla Bolonya** no s'han trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 62.

**Taula 62.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	1,7	0,08

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Convivència** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 63).

**Taula 63.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	-1,2	0,2

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Mort propera** no s'han trobat diferències significatives (Taula 64).

**Taula 64.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,06	0,9

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Mort familiar primer grau** es troben diferències significatives, en el sentit que els que han tingut una persona morta de primer grau (mare, pare o

germà) es troben menys capaços de dir quant se'ls estima, tal com es pot veure a la Taula 65.

**Taula 65.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	-2,4	<b>0,01</b>

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Mort presencial** no es troben diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 66.

**Taula 66.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	-0,9	0,3

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb la variable **Creences** no s'han trobat diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 67.

**Taula 67.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	1,4	0,15



### 7.5.7 Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Gènere** no es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 68.

**Taula 68.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* i **Gènere** dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	-0,1	0,9

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb les variables **Edat, Curs i Any enquesta** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 69.

**Taula 69.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* i **Curs, Edat i Any enquesta** dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,020	0,606
<b>Edat</b>	-0,013	0,738
<b>Any enquesta</b>	0,037	0,342

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Pla Bolonya** no s'han trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 70.

**Taula 70.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	1,3	0,18

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Convivència** no s'han trobat diferències significatives (Taula 71).

**Taula 71.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	0,8	0,4

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Mort propera** no s'han trobat diferències significatives (Taula 72).

**Taula 72.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	-0,7	0,4

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Mort familiar primer grau** es troba diferències significatives, en el sentit que els que se'ls ha mort una persona de primer grau (mare, pare o germà) puntuen més alt, voldrien saber més que tenen una malaltia, tal com es pot veure a la Taula 73.

**Taula 73.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	1,9	<b>0,04</b>

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 74.

**Taula 74.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	-1,1	0,2

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb la variable **Creences** s'han trobat diferències significatives en el sentit que, els que tenen creences religioses puntuen més alt i voldrien saber-ho, tal com es pot veure a la Taula 75.

**Taula 75.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	3,6	<b>&lt;0,0001</b>

## 7.6 Anàlisi comparativa entre l'escala de Competències Percebudes i el test sociopsicobiogràfic

En aquest apartat es procedirà a comparar els resultats obtinguts entre cadascun dels ítems de l'escala de Competències Percebudes i les variables sociopsicobiogràfiques per tal d'escatir si existeixen relacions o diferències entre elles.

### 7.6.1 Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Gènere** no es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 76.

**Taula 76.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	-0,04	0,99

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb les variables **Edat, Curs i Any enquesta** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 77.

**Taula 77.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,036	0,351
<b>Edat</b>	-0,026	0,503
<b>Any enquesta</b>	0,055	0,153

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Pla Bolonya** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 78.

**Taula 78.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	1,6	0,1

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Convivència** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 79).

**Taula 79.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Convivència dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	1,4	0,1

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Mort propera** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 80).

**Taula 80.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,19	0,8

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 81.

**Taula 81.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	0,2	0,7

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 82.

**Taula 82.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	0,5	0,59

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb la variable **Creences** no s'ha trobat diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 83.

**Taula 83.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	0,5	0,5

### 7.6.2 Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Gènere** no es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 84.

**Taula 84.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	1,4	0,1

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb les variables **Curs i Edat** no s'han trobat diferències significatives. Sí que s'ha trobat diferències significatives amb **Any enquesta**, com es pot veure a la Taula 85.

**Taula 85.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,039	0,319
<b>Edat</b>	-0,043	0,264
<b>Any enquesta</b>	0,077	<b>0,048</b>

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Pla Bolonya** s'ha trobat diferències significatives en el sentit que puntuen més alt en la donació d'òrgans d'un familiar, com es pot veure a la Taula 86.

**Taula 86.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	2,1	<b>0,03</b>

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Convivència** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 87).

**Taula 87.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* i *Convivència* dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Convivència</b>	0,49	0,6

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Mort propera** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 88).

**Taula 88.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* i *Mort propera* dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,14	0,3

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 89.

**Taula 89.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* i *Mort familiar primer grau* dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	0,15	0,87



Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 90.

**Taula 90.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* i *Mort presencial* dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	0,05	0,94

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb la variable **Creences** no s'ha trobat diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 91.

**Taula 91.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* i *Creences* dels estudiants de Medicina.

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	1,3	0,16

### 7.6.3 Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Gènere** no es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 92.

**Taula 92.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* i *Gènere* dels Estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	-1,2	0,2

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Any enquesta** no s'ha trobat diferències significatives. Sí que s'han trobat diferències significatives amb les variables **Curs i Edat**, com es pot veure a la Taula 93.

**Taula 93.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,131	<b>0,001</b>
<b>Edat</b>	-0,107	<b>0,006</b>
<b>Any enquesta</b>	0,053	0,169

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Pla Bolonya** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure en la Taula 94.

**Taula 94.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	1,3	0,17

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Mort propera** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 95).

**Taula 95.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,5	0,5

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 96.

**Taula 96.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	0,8	0,39

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 97.

**Taula 97.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	-0,2	0,8

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb la variable **Creences** no s'ha trobat diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 98.

**Taula 98.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	0,2	0,8

#### 7.6.4 Proporcionar suport emocional a la família del pacient

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable *Gènere* no es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 99.

**Taula 99.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	0,79	0,42

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable ***Any enquesta*** no s'ha trobat diferències significatives. Sí que s'ha trobat diferències significatives amb les variables ***Curs i Edat***, com es pot veure a la Taula 100.

**Taula 100.-** Resultats de la prova Pearson comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Curs, Edat i Any enquesta dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Curs</b>	-0,090	<b>0,020</b>
<b>Edat</b>	-0,080	<b>0,039</b>
<b>Any enquesta</b>	0,008	0,846

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable **Pla Bolonya** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 101.

**Taula 101.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	0,4	0,68

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable **Mort propera** no s'ha trobat diferències significatives Taula 102.

**Taula 102.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Mort propera dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	0,2	0,8

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 103.

**Taula 103.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	-0,4	0,6

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 104.

**Taula 104.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	-1,7	0,077

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb la variable **Creences** no s'ha trobat diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 105.

**Taula 105.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Proporcionar suport emocional a la família del pacient i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	1,6	0,09

### 7.6.5 Entendre el dol i el dolor de la pèrdua

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb la variable **Gènere** no es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 106.

**Taula 106.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Gènere dels estudiants de Medicina.

<b>Entendre el dol i el dolor de la pèrdua</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Gènere</b>	0,09	0,9

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb les variables **Curs**, **Edat i Any enquesta** no s'ha trobat diferències significatives.

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb la variable **Pla Bolonya** no s'ha trobat diferències significatives, com es pot veure a la Taula 107.

**Taula 107.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Pla Bolonya dels estudiants de Medicina.

Entendre el dol i el dolor de la pèrdua		
	T d'Student	Valor p
<b>Pla Bolonya</b>	0,5	0,6

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb la variable **Mort propera** no s'ha trobat diferències significatives (Taula 108).

**Taula 108.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Mort propera dels estudiants de Medicina.

Entendre el dol i el dolor de la pèrdua		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	1,8	0,06

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb la variable **Mort familiar primer grau** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 109.

**Taula 109.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Mort familiar primer grau dels estudiants de Medicina.

Entendre el dol i el dolor de la pèrdua		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort familiar primer grau</b>	1,8	0,06

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb la variable **Mort presencial** no es troba diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 110.

**Taula 110.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Entendre el dol i el dolor de la pèrdua</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	-1,4	0,13

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb la variable **Creences** no s'ha trobat diferències significatives, tal com es pot veure a la Taula 111.

**Taula 111.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Entendre el dol i el dolor de la pèrdua i Creences dels estudiants de Medicina.

<b>Entendre el dol i el dolor de la pèrdua</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Creences</b>	0,8	0,4

#### 7.6.6 Estar amb una persona en el moment de la mort

No s'han trobat diferències significatives entre *Estar amb una persona en el moment de la mort* i les variables **Gènere, Edat, Curs, Any d'enquesta, Pla Bolonya, Mort propera, Mort familiar primer grau i Creences**.

Relacionant *Estar amb una persona en el moment de la mort* amb la variable **Mort presencial** es troba diferències significatives en el sentit que puntuen més alt els que han tingut experiència de mort presencial, se senten segurs de poder estar amb una persona quan es mori, tal com es pot veure a la Taula 112.

**Taula 112.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Estar amb una persona en el moment de la mort i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Estar amb una persona en el moment de la mort</b>		
	T d'Student	Valor p
<b>Mort presencial</b>	4,5	<0,0001



### 7.6.7 Signar tu mateix una targeta de donant

No s'ha trobat diferències significatives entre *Signar tu mateix una targeta de donant* i les variables **Gènere, Edat, Curs, Any d'enquesta, Pla Bolonya, Mort familiar primer grau, Mort presencial i Creences**.

Relacionant *Signar tu mateix una targeta de donant* amb la variable **Mort propera** es troba diferències significatives en el sentit que puntuen més alt els han tingut experiència de la mort d'una persona propera, se senten segurs de poder ser donants, tal com es pot veure a la Taula 113.

**Taula 113.-** Resultats de la prova T d'Student comparant els resultats Signar tu mateix una targeta de donant amb la variable i Mort presencial dels estudiants de Medicina.

<b>Signar tu mateix una targeta de donant</b>	T d'Student	Valor p
<b>Mort propera</b>	2,8	<b>0,004</b>

## 7.7 Anàlisi comparativa entre escala d'Afrontament a la Mort i escala R Collett-Lester

En aquest apartat es procedirà a comparar els resultats obtinguts entre cadascun dels ítems de l'escala d'Afrontament a la Mort i l'escala revisada de Collett-Lester per tal d'escatir si existeixen relacions o diferències entre ells.

### 7.7.1 La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable

Relacionant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable* amb l'escala revisada Collett-Lester de *Por a la Mort i al Procés de Morir* es troba diferències significatives en la Pròpia Mort, la Mort dels altres i el Procés de Morir dels altres. No s'ha trobat diferències significatives amb la Por al Propi Procés de Morir, com es pot veure a la Taula 114.

**Taula 114.-** Resultats de la prova Pearson comparant *La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable* amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural, innegable i inevitable</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,128	<b>0,001</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,122	<b>0,002</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,058	ns
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,165	<b>&lt;0,0001</b>

### 7.7.2 Em sento preparat per afrontar la meva mort

Relacionant *Em sento preparat per afrontar la meva mort* amb les 4 subescales de Collett-Lester, en totes es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 115.

**Taula 115.-** Resultats de la prova Pearson comparant Em sento preparat per afrontar la meua mort amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Em sento preparat per afrontar la meua mort</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,363	<b>0,000</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,308	<b>0,000</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,354	<b>0,000</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,385	<b>0,000</b>

### 7.7.3 Evito totalment pensar en la mort

Relacionant *Evito totalment pensar en la mort* amb l'escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir no es troba diferències significatives en la Pròpia Mort, la Mort dels altres i el Propi Procés de Morir. S'ha trobat diferències significatives en la Por al Procés de Morir dels altres, com es pot veure a la Taula 116.

**Taula 116.-** Resultats de la prova Pearson comparant Evito totalment pensar en la mort amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Evito totalment pensar en la mort</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	-0,006	0,867
<b>Mort dels altres</b>	0,012	0,761
<b>Propi Procés de Morir</b>	-0,010	0,792
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,117	<b>0,003</b>

### 7.7.4 El tema de la vida després de la mort em preocupa molt

Relacionant *El tema de la vida després de la mort em preocupa molt* amb les 4 subescales de Collett-Lester, en totes es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 117.

**Taula 117.-** Resultats de la prova Pearson comparant El tema de la vida després de la mort em preocupa molt amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>El tema de la vida després de la mort em preocupa molt</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	-0,315	<b>0,000</b>
<b>Mort dels altres</b>	-0,142	<b>0,000</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	-0,154	<b>0,000</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	-0,187	<b>0,000</b>

### 7.7.5 Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics

Relacionant *Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics* amb les 4 subescales de Collett-Lester, en totes es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 118.

**Taula 118.-** Resultats de la prova Pearson comparant Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,130	<b>0,001</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,140	<b>0,000</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,104	<b>0,007</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,199	<b>0,000</b>

### 7.7.6 Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo

Relacionant *Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo* amb l'escala revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir no es troba diferències significatives en cap de les 4 subescales, com es pot veure a la Taula 119.

**Taula 119.-** Resultats de la prova Pearson comparant Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	-0,021	0,582
<b>Mort dels altres</b>	0,019	0,619
<b>Propi Procés de Morir</b>	-0,032	0,404
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,011	0,777

### 7.7.7 Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin

Relacionant *Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin* amb l'escala revisada Collett-Lester de *Por a la Mort i al Procés de Morir* només es troba diferències significatives en la subescala *Por al Propi Procés de Morir*, com es pot veure a la Taula 120.

**Taula 120.-** Resultats de la prova Pearson comparant Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	-0,072	0,063
<b>Mort dels altres</b>	0,046	0,232
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,083	<b>0,032</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,000	0,998

## 7.8 Anàlisi comparativa entre l'escala de Competències Percebudes i l'escala Revisada Collett-Lester

En aquest apartat es procedirà a comparar els resultats obtinguts entre cadascun dels ítems de l'escala de competències percebudes i l'escala revisada de Collett- Lester per tal d'escatir si existeixen relacions o diferències entre ells.

### 7.8.1 Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund

Relacionant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb l'escala revisada Collett-Lester de *Por a la Mort i al Procés de Morir* es troba diferències significatives només en la subescala *Por al Procés de Morir dels altres*, com es pot veure a la Taula 121.

**Taula 121.-** Resultats de la prova Pearson comparant *Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund* amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Escoltar les preocupacions d'un pacient moribund</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,040	0,308
<b>Mort dels altres</b>	0,070	0,071
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,033	0,402
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,153	<b>0,000</b>

### 7.8.2 Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família

Relacionant *Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família* amb l'escala revisada Collett-Lester de *Por a la Mort i al Procés de Morir* es troba diferències significatives només en la subescala *Por a la Pròpia Mort*, com es pot veure a la Taula 122.

**Taula 122.-** Resultats de la prova Pearson comparant Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,086	<b>0,026</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,049	0,205
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,025	0,526
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,024	0,534

### 7.8.3 Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú

Relacionant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb l'escala revisada Collett-Lester de *Por a la Mort i al Procés de Morir* es troba diferències significatives només en la subescala *Por al Procés de Morir dels altres*, com es pot veure a la Taula 123.

**Taula 123.-** Resultats de la prova Pearson comparant *Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú* amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,002	0,950
<b>Mort dels altres</b>	0,058	0,133
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,038	0,328
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,086	<b>0,028</b>

### 7.8.4 Proporcionar suport emocional a la família del pacient

Relacionant *Proporcionar suport emocional a la família del pacient* amb l'escala revisada Collett-Lester de *Por a la Mort i al Procés de Morir* es troba diferències significatives només en la subescala *Por a la Pròpia Mort*, com es pot veure a la Taula 124.

**Taula 124.-** Resultats de la prova Pearson comparant Proporcionar suport emocional a la família del pacient amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Proporcionar suport emocional a la família del pacient</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	-0,090	<b>0,021</b>
<b>Mort dels altres</b>	-0,007	0,851
<b>Propi Procés de Morir</b>	-0,035	0,375
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,059	0,127

### 7.8.5 Entendre el dol i el dolor de la pèrdua

Relacionant *Entendre el dol i el dolor de la pèrdua* amb l'escala revisada Collett - Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir es troba diferències significatives només en la subescala Por a la Pròpia Mort, com es pot veure a la Taula 125.

**Taula 125.-** Resultats de la prova Pearson comparant Entendre el dol i el dolor de la pèrdua amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Entendre el dol i el dolor de la pèrdua</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,093	<b>0,017</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,059	0,128
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,007	0,855
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,043	0,272

### 7.8.6 Estar amb una persona en el moment de la mort

Relacionant *Estar amb una persona en el moment de la mort* amb les 4 subescales de Collett-Lester, en totes es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 126.

**Taula 126.-** Resultats de la prova Pearson comparant Estar amb una persona en el moment de la mort amb els resultats de les subescales Collett-Lester dels estudiants de Medicina

<b>Estar amb una persona en el moment de la mort</b>		
	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,159	<b>0,000</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,096	<b>0,000</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,115	<b>0,003</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,275	<b>0,000</b>



### 7.8.7 Signar tu mateix una targeta de donant

Relacionant *Signar tu mateix una targeta de donant* amb les 4 subescales de *Collett-Lester*, en totes es troba diferències significatives, com es pot veure a la Taula 127.

**Taula 127.-** Resultats de la prova Pearson comparant *Signar tu mateix una targeta de donant* amb els resultats de les subescales *Collett-Lester* dels estudiants de Medicina

<b>Signar tu mateix una targeta de donant</b>	Pearson	Valor p
<b>Pròpia Mort</b>	0,189	<b>0,000</b>
<b>Mort dels altres</b>	0,105	<b>0,007</b>
<b>Propi Procés de Morir</b>	0,103	<b>0,008</b>
<b>Procés Morir dels altres</b>	0,125	<b>0,001</b>

## 7.9 Resum de resultats

Assenyallem els resultats més significatius dels estudiants de Medicina:

- Les Dones presenten menys Por a la Mort pròpia i a la dels altres i menys por al propi Procés de Morir i al Procés de Morir dels altres.
- A més Edat es mostra més Por a la Pròpia Mort, a la Mort dels altres i al Procés de Morir dels altres. No passa el mateix amb el propi Procés de Morir.
- A major Curs, major Por a la Pròpia Mort i a la Mort dels altres. No als Processos de Morir.
- Els alumnes de Grau (Pla Bolonya) tenen menys por a la Pròpia Mort, a la Mort dels altres, al Propi Procés de Morir i al Procés Morir dels altres.
- Entre els estudiants de Llicenciatura dels cursos compresos entre 1999 i 2003 s'ha trobat que presenten menys Por a la Mort dels altres i menys Por al Propi Procés de Morir.
- Els que conviuen amb els pares durant el curs escolar mostren més Por a la Pròpia Mort i a la Mort dels altres.
- Tenir familiars infermers a la família fa que tinguin menys Por a la Mort i al Morir propis i dels altres.
- Tenir un Amic d'Infància estudiant Medicina provoca menys Por a la Mort i al Morir propi i dels altres.
- Mostren més Por al Propi Procés de Morir els que tenen antecedent d'Amic amb Malaltia Greu.
- Els que han viscut la pèrdua de pare, mare o germà experimenten més Por a la Pròpia Mort.

- Haver experienciat una Mort Presencial suposa tenir més Por a la Pròpia Mort, a la Mort de l'altre i al Procés de Morir de l'altre.
- Tenir Creences Religioses, a l'igual que Creure en el "més enllà", comporta menys Por a la pròpia Mort.
- Entendre la mort com un esdeveniment natural, innegable i inevitable
  - Varia amb l'Edat i el Curs.
  - Els qui han patit Mort d'un familiar primer grau ho accepten menys.
  - Haver presenciat una mort fa que s'accepti més.
  - Tenir Creences implica més acceptació.
- Els homes se senten més preparats per a afrontar la seva mort.
  - L'any en què van realitzar l'enquesta presenta menys por.
  - Els del Pla Bolonya se senten menys preparats.
  - Els que han Presenciat una Mort se senten més preparats.
- Les dones eviten pensar en la mort.
- "El tema de la vida després de la mort em preocupa molt" depèn del Curs. Com més alt sigui el curs, més preocupa el que hi ha després de la mort.
  - Tenir Creences comporta més preocupació per la mort.
- Els que tenen Creences els costa més parlar de la mort.
- Les dones poden dir més que els homes quant estimen abans de morir.
  - L'Edat influeix en comunicar l'estima.
  - Als qui se'ls ha mort el pare, la mare o el germà, els costa més dir quant estimen abans de morir.

- Als qui se'ls ha mort un familiar de primer grau, en el cas de tenir una malaltia greu, ho voldrien saber.
  - Els que tenen creences religioses, en el cas de tenir una malaltia greu, ho voldrien saber.
- Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família depèn de l'any en què han realitzat l'enquesta.
  - Els del Pla Bolonya puntuen més alt.
- Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú va en funció de l'edat i del curs. Com més grans més poden comentar quan cal la possibilitat de donar òrgans.
- Proporcionar suport emocional a la família del pacient depèn de l'edat i del curs. Com més grans més suport emocional a la família del pacient.
- Els que han presenciada una Mort se senten més segurs de poder estar amb una persona en el moment de la mort.
- Haver viscut una Mort Propera se senten segurs de poder ser donants.
- “La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural i innegable” correlaciona amb la Por a la Pròpia Mort, la Mort dels altres i el Procés de Morir dels altres.
- “Em sento preparat per afrontar la meua mort” correlaciona amb la Por a la Mort i al Morir.
- “Evito totalment pensar en la mort” correlaciona amb la Por al Procés de Morir dels altres.
- “El tema de la vida després de la mort em preocupa molt” correlaciona amb la Por a la Mort i al Morir.

- “Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus”, “Estar amb una persona en el moment de la mort”, “Si tingués una malaltia mortal m’agradaria que m’ho diguessin” correlaciona amb la Por al Propi Procés de Morir.
- “Ecoltar les preocupacions d’un pacient moribund” correlaciona amb Por al Procés de Morir dels altres.
- “Consentir la donació d’òrgans o teixits d’un membre de la família” correlaciona amb Por a la Pròpia Mort.
- “Fer els comentaris sobre la donació d’òrgans en el moment oportú” correlaciona amb Por al Procés de Morir dels altres.
- Proporcionar suport emocional a la família del pacient correlaciona amb Por a la Pròpia Mort.
- “Entendre el dol i el dolor de la pèrdua” correlaciona amb Por a la Pròpia Mort.
- “Estar amb una persona en el moment de la mort” correlaciona amb la Por a la Mort i al Morir.
- Signar tu mateix una targeta de donant correlaciona amb la Por a la Mort i al Morir.

*Discussió*



## 8 Discussió

Els grans pensadors de la vida i de la mort de les diferents societats sempre s'han plantejat la mort i el morir, com ja hem vist en el capítol 2.1. El seu pensament, les seves reflexions sorgeixen dels corrents, dels fluxos, de la moralitat de l'època en què viuen. No sempre convergeixen, a voltes difereixen; sempre, però, se la plantegen, encara que sigui per a fer-ne evitació. L'acceptació de la mort arriba amb Heidegger. La mort es viu perquè està en l'essència humana. Parla de la mort pròpia. Actualment, sembla que visquem només la mort de l'altre. La mort de l'altre és la que fa patir. La mort de l'altre és una experiència per a qui la sobreviu que no té resposta, en un temps en el qual *la mort se silencia amb un soroll ensordidor*<sup>169</sup>.

En el nostre estudi, "Afrontament de la Mort i del Morir dels estudiants de Medicina de la Universitat de Lleida", s'ha volgut abordar la por que experimenten a la seva pròpia mort, a la mort de l'altre, al propi procés de morir i al procés de morir de l'altre, juntament amb les característiques que els conformen per tal de poder implementar, com dèiem en la introducció, una formació humana que conjuntament amb la científica els ajudi a ser bons metges, professionals competents, que acompleixin el seu treball sàviament i amb dignitat i, al mateix temps, els permeti créixer en el pla personal.



## **8.1 Discussió de l'escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir**

De les anàlisis descriptives de la mostra se'n desprén que els estudiants de Medicina tenen una por intermèdia cap a la Mort i el Morir ja que les puntuacions en les 4 subescales és d'una mitjana de 51,325%.

Fent una distinció entre les 4 subescales, trobem en la mostra que els estudiants de Medicina de la UdL al que temen més és a la seva Pròpia Mort presentant una puntuació mitjana de 25,02, amb una desviació estàndar de 7,22 i un rang de 8 a 40. Després el que els preocupa és la Mort dels altres amb una puntuació mitjana de 19,5, amb una desviació estàndar de 5,2; i gairebé al mateix nivell temen el Procés de Morir dels altres amb una puntuació mitjana de 19,4 amb una desviació estàndar de 6,1. Presenten menys por al seu propi Procés de Morir amb una puntuació mitjana de 18,2 amb una desviació estàndar de 6,2.

Comparant aquests resultats amb els de l'estudi realitzat per Thiemann et al.<sup>104</sup> a Cambridge, Regne Unit, no difereixen gaire, ja que puntuen en la Por a la Mort dels altres una mitjana de 24,5 i una desviació estàndar de 4,7 en un rang de 7 a 35. S'ha trobat, també, en Sundin et al.<sup>170</sup> que estudiants d'odontologia tenien puntuacions més altes en Por a la Mort, mentre que els de Medicina temien més el Procés de Morir. Fang i Howell<sup>171</sup> van trobar que el estudiants de Medicina tenien més por al procés de morir dels altres que els de dret. Altres estudis realitzats amb l'escala Collett-Lester, encara que modificada, trobem a Colell et al.<sup>165</sup> que els estudiants d'infermeria on puntuen més alt és en la

pròpia Mort. Bayés et al.<sup>172</sup> troben més Por en el Procés de Morir que en la Mort pròpia o dels altres.

A l'inici de la discussió plantejàvem que estàvem en l'època que el que preocupava a la societat en general era la mort de l'altre. Nosaltres pensem, amb els resultats obtinguts, que els estudiants, quan responien l'escala de Por a la Mort i al Morir, potser era la primera vegada que havien de respondre a unes preguntes que potser mai no s'havien plantejat. Ens ho comunicaven quan ens retornaven el dossier i, alhora, quan l'estaven complimentant, se'ls veia l'expressió de preocupació de la cara, el seu posat davant del full i com el silenci imperant en l'aula mostrava la profunditat del moment. D'altra banda, els estudiants són un col·lectiu de joves; joves fruit d'una societat que els ha amagat la mort i els ha protegit. Pocs estudiants han viscut una pèrdua de primer grau, l'edat dels seus progenitors és mitjana, i només són grans els seus avis, per la qual cosa la mort de l'altre pot ser que no la veguin a prop.

Comparant els nostres resultats amb els de Thiemann et al.<sup>103</sup>, encara que quant a la Por a la Mort i el Morir, tal com s'ha comentat prèviament, els seus resultats es diferenciaven molt poc dels de la nostra mostra, sí que divergeixen en relació al gènere. La correlació de l'ansietat cap a la Mort i el Morir amb el gènere dona que les dones presenten una puntuació més baixa en totes les subescales en la T d'Student ( $p < 0,0001$ ) en totes les subescales; en la seva mostra no presenten diferències significatives. Quant a nosaltres el resultat és que les dones mostren menys Por a la Mort pròpia i a la dels altres i menys Por al propi Procés de Morir i al Procés de Morir dels altres.

En les diferents revisions realitzades, recollides en Tomás-Sábado<sup>167</sup> de diversos estudis, no s'aprecien diferències significatives en el gènere. En Neimeyer<sup>29</sup>, s'ha intentat trobar una explicació plausible a aquestes diferències, encara que no han arribat a un consens. Nosaltres dissentim pels resultats obtinguts i, també, perquè les dones, sempre disposades a superar reptes<sup>173</sup>, semblen més predisposades i acostumades a assumir, acompanyar i a tenir cura de l'altre. És possible que sigui fruit de la nostra cultura en la qual la dona fins fa poc estava relegada a casa i a tenir cura dels altres. Ara, sortint al defora, també emergirien les actituds per a fer front al que es proposa.

Thiemann et al. realitzen el seu estudi amb un objectiu parell al nostre. Són conscients que no es coneix l'ansietat que cap a la mort tenen els estudiants de Medicina i saben que s'enfrontaran a la malaltia i la mort en el context professional. Així, doncs, emprenen un l'estudi longitudinal amb una mostra de 790 estudiants de la Universitat de l'Escola Mèdica de Cambridge; hi participen estudiants de ciència bàsica i estudiants clínics de Medicina i psicologia i infermeria. La durada de l'estudi és de 4 anys (2009 -12). L'objectiu que tenien era abordar el nivell d'ansietat cap a la mort dels estudiants de Medicina, valorar si les dones presentaven més ansietat cap a la mort que els homes, si es produïa un canvi d'actituds cap a la mort durant els 4 anys de l'estudi i si els estudiants amb baix i alt índex d'ansietat cap a la mort diferien en les seves actituds cap a les Cures Pal·liatives i la seva pròpia salut psicològica. Fan la distinció entre ciència bàsica i clínics, com nosaltres hem fet en el nostre estudi: 1r i 3r curs que participen en la dissecció de cadàvers i 4t i 6è curs que se'ls ha

introduït en les Cures Pal·liatives, estan en contacte amb els pacients i amb aquells que estan prop del final de la vida. La mesura principal que utilitzen és l'escala revisada Collett-Lester amb les quatre subescales: la pròpia Mort i el propi Morir, la Mort dels altres i el seu Morir. La passen a l'inici i final de curs. L'escala que han utilitzat difereix de la nostra en 1 ítem en cada subescala, encara que igual valorada. Han utilitzat la mateixa anàlisi estadística, en una versió diferent (SPSS v. 21) encara que amb les mateixes correlacions. Han passat, també, altres escales *likert* com s'indica en 2.5.1.1. que han relacionat i puntuat conjuntament. No van trobar diferències significatives entre gènere en cap de les subescales. En canvi en el nostre estudi les dones puntuen més baix en totes les subescales. Sí que s'ha trobat similituds en els alumnes dels cursos superiors cap a la mort dels altres que puntuen més alt i tenen més por, encara que els estudiants de la nostra mostra també en els cursos superiors, especialment Bolonya puntuen més alt cap a la pròpia mort. Refereixen diferències significatives en 6è curs cap a la mort d'altres ( $p < 0,001$ , Rho Spearman = 0,28). En la nostra mostra hem trobat aquests resultats ( $p < 0,0001$ , Rho Spearman = 0,12).

Els resultats diferents d'aquest estudi donarien resposta al que ja s'ha comentat abans: les diferències de gènere a uns no els ha sortit, a d'altres la dona puntua més alt. En canvi, sí que quant més grans, quant més superior és el curs, ambdós coincideixen en l'ansietat cap a la Mort dels altres, encara que els estudiants de la UdL, també com més grans i a curs més elevat plantegen més por a la pròpia mort. Es podria pensar que com més coneixen la carrera, com més contacte tenen amb els pacients, com més veuen la mort al seu entorn, la

consciència de la seva vulnerabilitat pot augmentar. Que no hagin sortit diferències significatives amb el procés de morir tant propi com, especialment, dels altres, podria significar que com més estan a punt d'acabar la carrera, més preparats se senten per a poder fer un diagnòstic més precís i tenir cura de pal·liar el dolor.

Continuant amb l'edat, a mesura que són més grans, a més edat, s'ha trobat que els estudiants de Medicina presenten més Por a la Pròpia Mort (Rho Spearman 0,18  $p < 0,0001$ ), a la Mort dels altres (Rho Spearman 0,14  $p < 0,0001$ ) i al Procés de Morir dels altres (Rho Spearman 0,099  $p < 0,01$ ), encara que no presenten diferències significatives en la Por al propi Procés de Morir. S'ha trobat una diferència en relació a la por al procés de morir dels altres que no tenen la mateixa por que a la mort.

Referint-nos als cursos, es troba que a més curs, a curs més elevat, els estudiants presenten diferències significatives en la Por a la pròpia Mort (Rho Spearman 0,2  $p < 0,0001$ ) i a la Mort dels altres (Rho Spearman 0,12  $p < 0,0001$ ), encara que no al procés de morir. Per tant, no dóna diferències significatives en el Procés de Morir tant propi com dels altres. Possiblement, com que estan més formats acadèmicament, no els preocupa tant el com sinó el fet de morir. Tomàs – Sábado et al.<sup>167</sup> recull que existeixen diferències significatives per edat en l'ansietat cap a la mort tant oberta com encoberta, presentant més ansietat com més grans són els subjectes. Fa pensar que la vivència del patiment junt amb les experiències acumulades pot influir en els estudiants de Medicina a presentar més por cap a la mort a mesura que es fan més grans, tot i que tenim una mostra d'edat de molts pocs anys de marge. També porta a

creure que els estudiants a mesura que tenen més coneixements se sentirien més capaços de poder-los aplicar i la por al procés de morir continuaria estable. Encara que en tan poca diferència d'anys i per les dades que tenim, potser és que ja han començat a afrontar la mort de cara, no només en la clínica sinó que ja n'han parlat, ja l'han afrontat i ja coneixen més coses de la mort. Per contra, podria ser que els estudiants, per estar-hi més en contacte, siguin més conscients de la mort, cosa que aquesta consciència pot fer augmentar la seva por.

Això es podria sustentar amb els treballs d'autors que han estudiat el canvi d'actituds en els estudiants de Medicina. Trobem Zana et al.<sup>99</sup> que valoren que els professionals que estan més en contacte amb la mort refereixen menys por. Ratanawongsa et al.<sup>3</sup> exploren les experiències que tenen els estudiants de Medicina amb la mort i els pacients que moren durant el rotatori de Medicina interna. Pensen que les experiències amb els pacients moribunds afecten les habilitats i actituds en la cura del final de la vida, així com l'aparició de la seva identitat professional. Els comportaments i les actituds modelades pels residents i els docents poden influir fortament en la percepció de l'autoeficàcia dels alumnes a tenir cura del darrer tram de la vida i a tenir més consciència del que està passant, de la vida i de la mort. Nair et al.<sup>110</sup> fan un estudi per veure si els estudiants prefereixen aprendre estant al costat del llit del pacient. Els estudiants van relatar que són els propis malalts qui ensenyen. Les actituds de cura i d'empatia són les que des de l'exemple i des de la pràctica es poden aprendre. També en els estudis que comparen l'ansietat a la por amb l'edat, Stevens et al.<sup>174</sup>, en una mostra de persones de 16 a 83 anys, les persones a

partir de 60 anys puntuaven significativament més baix que els més joves. Consideren que l'edat és un factor important a l'hora d'interpretar les puntuacions de l'escala i aconsellen l'ús de taules normatives d'edat per a una correcta valoració. Segons Wong i Reker<sup>175</sup> la relació entre l'edat i les preocupacions cap a la mort no sembla ser lineal. Van fer diferents talls d'edat en la mostra: de 18 a 25 anys, de 35 a 50 i <60 anys. Els resultats indicaven una relació curvilínea entre l'edat i la por a la mort i el morir ja que en joves era relativament alta, màxim en l'edat mitja i mínim en vells.

En relació als estudiants de Llicenciatura dels cursos compresos entre 1999 i 2003 s'ha trobat que els segons tenen menys Por a la Mort dels altres (T de Student 2,4  $p < 0,017$ ), i al Propi Procés de Morir (T de Student 2,2  $p < 0,02$ ). En canvi no es troba diferències significatives en la Por a la Pròpia Mort i la Por al Procés de Morir dels altres. Podem dir que els alumnes de pla Bolonya han presentat un doblament d'hores de formació en Bioètica, impartint-se a 3r curs en lloc de 6è, s'ha introduït matèries de Comunicació endemés de Cures Pal·liatives i s'inicien les pràctiques a 2n curs de Medicina, que vol dir contacte directe amb malalts i amb el sofriment més aviat, marca diferències. Fet que podria provocar aquesta divergència en l'ansietat a la mort. No hem trobat estudis en els quals es compari l'ansietat a la mort en els diferents plans d'estudis. Pensem que aquestes dades les aportem nosaltres plantejant que els canvis de pla d'estudis poden aportar diferències significatives cap a la mort i al morir.

Podem afirmar que els alumnes que han cursat el Pla Bolonya tenen significativament menys Por a la Pròpia Mort, a la Mort dels altres, al Propi Procés de Morir i al Procés Morir dels altres. Aquests i els anteriors i el Pla Bolonya porten a parlar que el que es coneix, no és tan temut. Haver tingut una preparació acadèmica també en humanitats, haver pogut tractar els temes de la Mort i el Morir ajuden a no afrontar un enemic, sinó a valorar el que es coneix. Tant a Pal·liatius com a Bioètica som conscients que el tema de la mort es treballa acadèmicament, però faltaria un espai en Medicina per a treballar les emocions i tot el que de la mort es desprèn.

S'ha trobat diferències significatives entre el fet de conviure amb companys durant el curs escolar proporciona diferències significatives. Els estudiants que durant el curs escolar no conviuen amb els pares presenten menys Por a la pròpia Mort i a la Mort dels altres, encara que la dependència o independència econòmica no afecta la Por a la Mort ni al Morir. Fa pensar que els estudiants tenen, pel fet de no viure amb els pares, una responsabilitat vers ells mateixos que els fa sentir més segurs i més confiats. No s'ha trobat estudis que abordin el tema de la preemancipació dels joves directament, sí que Whyte et al.<sup>38</sup> posen en rellevància com els estudiants que inicien Medicina, també, a vegades, és la primera vegada que viuen fora de casa i s'acosten a una realitat que pel contacte que tenen amb el pacient i la mort els pot menar a un encarament, a un fer-li front. No és un estudi encarat a com viu el no dependre directament dels pares l'estudiant de Medicina, encara que en fa referència. L'estudiant pel fet de viure independent, possiblement adquireix major



responsabilitat, major maduresa i més creixement personal que el faria veure la mort des d'altres perspectives.

La presència de professionals infermers a la família de l'Estudiant de Medicina fa que tinguin menys Por a la Mort i al Morir, en canvi no s'ha trobat diferència significativa en els fills de pares metges i la por. Aquesta realitat podria venir del fet que els professionals infermers estan formats tant en tenir cura del pacient com en curar-lo. També estan més a peu de llit i la mort i el morir formen part més directa de la seva professió. No és que els metges no estiguin en contacte, sinó que els infermers hi són més, acompanyen el procés que el malalt fa, especialment al final de la seva vida. Sembla concordar amb el que Zana et al<sup>99</sup> manifesten: com menys a prop estan del malalt els professionals sanitaris, més por presenten a la mort, per exemple, els psicòlegs. També podria dir-se que els pares metges probablement dediquin menys temps a l'educació dels seus fills; en canvi les mares, la majoria infermeres, n'hi esmercen més, fet que podria justificar que hagin influenciat més els seus fills. Els metges, tot i que contacten amb la mort tant com que les infermeres, tenen menys contacte amb els familiars en el procés d'acompanyament. També podria unir-se aquesta discussió que a vegades, per tal de protegir-se del patiment per la malaltia i la mort que hi ha als hospitals, el metge podria posar-se una cuirassa i esdevenir més insensible i menys preparat<sup>88</sup>.

El fet de tenir un amic que estudiï Medicina, dada que aparentment no diu res, l'assenyalem perquè tenir un amic de la infantesa que també estudia Medicina correlaciona amb la Por a la Mort i el Morir. Els nois i les noies que tenen un

amic fent Medicina, a l'igual que ells, presenten menys por a la pròpia mort, a la mort dels altres, al propi procés de morir i al procés de morir dels altres. Fa pensar en la seguretat que pot aportar un amic en el més profund d'un mateix<sup>176</sup>. Aquell amic confident, que aporta seguretat i confiança en un mateix i en l'altre, que, a més a més, tenen interessos comuns, especialment, els altres per tenir-ne cura. Si amb un amic, l'estudiant, comparteix fins i tot la vocació, pot fer-lo sentir més feliç i li porti aquella pau interior que condueix a la confiança amb un mateix, amb l'altre i amb la vida. Tot anirà bé, perquè qui té un amic té un tresor, pels lligam que crea, com deia Saint Exupéry<sup>177</sup>. Continuant amb la relació d'amistat, els estudiants que han tingut un amic que ha patit una malaltia greu tenen més por al seu propi procés de morir. Portaria a pensar en el sofriment de veure l'altre malalt; no poder compartir la quotidianitat; el passar estones compartint vivències i confidències doloroses. Em mena a Rusiñol<sup>178</sup>, ja que l'estudiant ha patit per la vida de l'altre. Patiment fet seu i que el posa davant de la malaltia i, possiblement, ha estat fins i tot malviscuda.

Els estudiants de Medicina que se'ls ha mort el pare, la mare o un germà o germana presenten més Por a la pròpia Mort. Aquests estudiants saben el que és la mort i el que se'n desprèn. Ho han viscut i ho pateixen i ens caldria saber com, en el sentit de si han treballat el seu dol i el dolor que comporta o s'hi han quedat allí estancats. Aquesta és una realitat, la realitat, que ens ha portat a emprendre, també, aquest estudi. El cuidador ha d'estar cuidat i sovint aquesta cura s'oblida i no se la té en compte. Endemés de tenir una professió, l'estudiant de Medicina té una família, de la qual ha de tenir cura i un rol social

als quals deu un benestar que han de sorgir del més profund de cadascú i en situació d'estrés no és possible. Aquesta seria també una altra realitat a contemplar, com apunta O'Connor<sup>179</sup>, quan exposa com caldria donar suport al metge de família perquè està sempre tenint cura dels altres i necessita un espai i un recolzament per a no emportar-se el patiment a casa.

La facultat de Medicina, formadora, transmissora de valors i d'actituds, hauria de ser conscient de la gamma d'implicacions personals i educatives de dol per als estudiants de Medicina i assegurar-se d'una ajuda adequada. Sembla que la primera persona que podria esbrinar si l'estudiant en pràctiques viu bé la seva tasca seria el docent. Fet que ens portaria a preguntar-nos si realment li toca aquesta responsabilitat. També ens hauríem de preguntar si en un lloc de patiment i estrés emocional, no seria bo que es tingués en compte. Cures Pal·liatives, que viuen i acompanyen el dolor dels altres, sembla que l'equip ho contempla. Si és així, caldria preguntar-se, són només ells qui "dolen"? En Loayssa<sup>88</sup> es recull el fruit de no haver tingut en compte l'estrés al qual el metge està sotmès. Shanfield<sup>140</sup>, en el seu estudi, explora la centralitat del procés de dol en l'educació dels professionals de la salut que són els supervivents de les pèrdues complexes i múltiples. Amb estudiants de Medicina de cursos alts i d'infermeria ja graduats es discuteix com aprendre sobre la responsabilitat clínica que sovint es produeix en un context de pèrdua i de dol. El resultat de la discussió, pel fet d'haver entrat en la vivència del dol, aporta a alguns una major sensibilitat en les intervencions clíniques i una empatia amb les pèrdues sofertes pels pacients, com a conseqüència de la malaltia. Va detectar experiències de pèrdua i de dol sense resoldre que es van tornar a

despertar com a resultat del seminari. Aquest estudi reforça per un costat la sensibilitat i l'empatia que als estudiants se'ls desvetlla cap als pacients en dol per la pèrdua de la salut i cap als seus familiars, mentre que per un altre costat posa en relleu que si els dols que pugui tenir l'estudiant no estan resolts, tornen a emergir, ja que el temps, pel sol fet de transcorre, no els guareix, els solapa i en situació de desequilibri personal surten al defora amb molta més virulència, com diu Tizón<sup>31</sup>. Quan abans s'ha fet esment d'aquesta realitat, especialment, es pensava en relació a la pràctica clínica, encara que en bàsica tampoc no s'hauria d'obviar. Si bé el nombre d'estudiants a qui se'ls ha mort el pare o mare o un germà és reduït, hem trobat que caldria posar-hi una mirada per si en algun moment s'estressés.

Salamero et al.<sup>180</sup>, en l'estudi sobre la salut, estils de vida i condicions acadèmiques dels estudiants de Medicina, troben que els que han presenciada la Mort d'una persona tenen menys por al propi Procés de Morir que ho relacionaríem amb el coneixement d'una situació viscuda.

S'ha observat que els estudiants de Medicina que han mostrat que tenien creences presentaven una diferència significativa respecte a la pròpia mort. Aquests estudiants presenten menys por a la pròpia mort. Els diferents estudis fets no sempre donen els mateixos resultats, encara que sempre s'ha trobat correlació entre tenir creences i l'ansietat cap a la mort. Tomás-Sábado et al.<sup>157,167</sup> han conclòs que a més edat i més puntuació religiosa hi ha menys por a la mort. També esmenten la diferència que van establir Rasmussen i Johnson entre l'espiritualitat i la pràctica de la religió, la qual cosa reforça el nostre

replantejament a l'hora de establir la pregunta en el test sociopsicobiogràfic. S'ha trobat que a més nivell de satisfacció personal, més significat i sentit del viure, i es mostra menys ansietat cap a la mort. Ens porta també, com Puchalski<sup>50</sup>, a contemplar la salut com a benestar: valorat no només en relació al físic, sinó incloent l'esperit en la recerca de sentit, que dóna significació al viure i produeix la connexió íntegra de la persona i permet estar en pau i confiat en la vida.

## 8.2 Discussió de l'escala d'Afrontament a la Mort

Analitzant els *likerts* de l'escala d'afrontament a la mort, trobem que els estudiants de Medicina estan gairebé totalment d'acord, 87,71% en que *“La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural”*, resultats que difereixen una mica dels estudis de Cardozo<sup>173</sup> que havia valorat com afrontaven els estudiants la realitat de la mort i la puntuació que els va sortir era una mica més baixa, 78,7%. Considerem que aquesta diferència es pot deure al fet que l'estudiant ha donat resposta a aquesta pregunta després d'haver complimentat l'escala revisada de Collett-Lester que els ha introduït directament i profunda en el tema de la mort i el morir. Altrament, respondre a una sentència general sense tenir-hi implicacions personals podria facilitar una resposta ràpida i potser poc aprofundida. També fent referència al tabú de la mort<sup>19</sup>, s'ha pogut fer l'afirmació des de les mires socials, no des de l'individu. Es podria veure, per un altre costat, des de la voluntat que fóra bo veure la mort com a natural.

S'ha trobat una correlació positiva amb l'edat i el curs i *“La mort s'hauria de veure com un esdeveniment natural”*. A més edat i més curs, s'accepta més

que la mort hauria de ser un esdeveniment natural, diferint dels resultats obtinguts en la correlació edat dels estudiants amb la por a la mort i el morir. A més edat, tenen més por a la mort i al procés de morir dels altres. Aquesta afirmació sembla no anar parell amb la resposta donada, realitat que també ens apropa a pensar en la dualitat que la nostra societat exercita respecte a la mort. Per un costat es banalitza la mort, morint-se els mòbils, i per altra no afrontant-la, com apuntava Walter<sup>19</sup> en la discussió si la mort era tabú o no.

Mostra diferències significatives entre *“La mort s’hauria de veure com un esdeveniment natural”* amb haver presenciada una mort, acceptant-ho més, encara que els que se’ls ha mort un familiar de primer grau ho accepten menys. Aquest resultat potser es podria donar perquè pateixen la vivència de la pèrdua i se’ls fa difícil viure l’absència i, especialment, es fa una fugida o una evitació per tal de no pensar-hi. Altrament, en haver viscut una mort propera, podria ser que valoressin més la certesa de la mort i els fes més respecte. S’ha trobat que els estudiants que tenen creences accepten més la mort com un esdeveniment natural, cosa que podria apropar-nos a com els estudiants tinguin aquestes creences integrades.

Un 45,71% dels estudiants refereixen *“Evito totalment pensar en la mort”*. En canvi, *“Em sento preparat per afrontar la meua mort”*, un 48,57%, realitat que sembla predir que el que creuen ho veuen com llunyà i sembla no estar correspost amb el resultat anterior d’evitació. Evitar és l’inrevés de afrontar. D’altra part, no parla només d’afrontament sinó de sentir-se preparat per afrontar la mort que implicaria reflexió. Amb els estudiants del pla Bolonya s’ha

trobat diferències significatives en el sentit que se senten menys preparats per afrontar la pròpia mort, havent mostrat, en canvi, menys por a la mort i al morir.

En relació a l'ítem *“El tema de la vida després de la mort em preocupa molt”*, responen que els preocupa moderadament, un 42,85%, i correlaciona amb el curs que estan estudiant i amb tenir creences que mostren que es preocupen més. Aquesta dada podria evocar que tenir creences ja és afrontar que hi ha alguna cosa més després de la mort i també podria influenciar el com es viuen aquestes creences. La vida després de la mort, segons les creences que es tinguin, podria ser un atènyer la felicitat o justament al contrari. Tant un pensament com l'altre, semblaria que portarien a pensar-hi pel fet de segons com visquin podrien tenir, després de la mort, un premi o un càstig. També es podria relacionar amb la possibilitat de retrobament dels éssers estimats que els han precedit.

Els estudiants de Medicina consideren *“Puc parlar de la meva mort amb la meva família i els meus amics”* en un 70%. Aquest ítem presenta diferències significatives amb les creences, puntuant més baix, la qual cosa portaria a dir que els que creuen, tant els de creences religioses com els que creuen en el “mes enllà”, els costa més parlar de la mort.

A l'ítem *“Puc dir a la gent, abans que ells o jo morim, quant els estimo”*, els estudiants el puntuen en un 70%, a l'igual que els que diuen que poden parlar de la mort amb la seva família. Aquesta afirmació s'ha trobat que presentava diferències significatives amb el gènere. Les dones puntuen més alt, la qual

cosa portaria a dir que les dones poden dir, més que els homes en situacions de vulnerabilitat i de fragilitat, quant estimen les persones. Expressar les emocions, especialment en situació de dol, es fa complicat. Això podria, no només ser degut a la circumstància que s'està vivint, sinó a com la societat actual expressa les emocions. Sembla que la vivència de la mort i el morir, com s'afronta i com es relata, va parell a com la societat expressa les emocions<sup>181</sup>, fet que complica i agreuja la situació. Quant a la dona, mirada des de la seva dimensió maternal, possiblement està més acostumada a expressar verbalment l'estima.

*“Si tingués una malaltia mortal m'agradaria que m'ho diguessin”* podem dir que els estudiants de la mostra, en cas de malaltia mortal, en general, no ho voldrien saber ja que només un 22,28% refereix que sí. Aquesta visió sembla acostar-nos a com afronta la persona la mort i especialment la pròpia. Si, com ja s'ha esmentat abans, el que més costa als estudiants, el que més ansietat els provoca és la pròpia mort, la malaltia mortal sembla que aniria pel mateix camí. Afrontar és mirar de cara. Es troba una relació significativa amb els estudiants que se'ls ha mort una persona de primer grau, i aquesta sentència. Els estudiants que se'ls ha mort el pare, la mare o un germà, puntuen més alt. Per tant, es pot afirmar que ho volen saber més. Podria relacionar-se, també, en el fet que així com aquests presenten més por a la pròpia mort, pel fet d'haver viscut la pèrdua hauria portat a una sèrie de reflexions posteriors que els empenyeria a encarar millor la seva realitat, especialment si no s'ha viscut bé la comunicació amb l'ésser estimat. El dolor del dol, quan s'ha elaborat, sovint mena a una sèrie de canvis en la persona pel fet d'haver anat resseguint



i revivint les seqüències viscudes que normalment porten a un canvi en els posteriors afrontaments, segons Worden<sup>182</sup>. També s'ha trobat que presenta diferències significatives en relació a l'ansietat al propi procés de morir, encara que podria estat influenciat pel que acabem d'exposar.

Podem afirmar, arran de la mostra analitzada, que els estudiants que tenen creences es preocupen més pel *“Tema de la vida després de la mort”*, *“Si tinguessin una malaltia mortal ho voldrien saber”*, encara que els costa més *“Puc parlar de la meua mort amb la meua família i els meus amics”*. Podem continuar afirmant que presenten menys Por a la pròpia Mort tant els estudiants que refereixen tenir creences religioses com en el “més enllà”. Encara que ja s'ha comentat en diferents apartats, ens adonem que tenir creences presenta diferències significatives en l'afrontament de la mort i el morir.

### **8.3 Discussió de l'escala de Competències Percebudes**

Quant a les competències percebudes pels estudiants, se senten molt convençuts de poder *“Ecoltar les preocupacions d'un pacient moribund”* amb un 86,9% i presenta diferències significatives amb l'ansietat al procés de morir dels altres. L'alta puntuació en estar convençuts, per part dels estudiants de Medicina, de poder estar escoltant el que li preocupa a un moribund, parla de preocupació per l'altre i de voler proporcionar-li una acollida i un acompanyament, de tenir-lo en compte, de trobar vida fins al darrer moment de l'existència. Parlaria d'un afrontament i de presència, realitats estudiades i comentades per Tizón<sup>31</sup>. Escoltar, parla d'establir una comunicació d'una persona amb una altra, parla de resposta a unes necessitats, i parla de valors

Torralba<sup>183</sup>. Endemés, podríem dir que és una de les competències a les quals ha d'atènyer un bon metge<sup>184</sup> si vol acompanyar les persones en el darrer tram de la seva vida, fins al darrer moment.

Els estudiants puntuen amb un 72% a *“Estar amb una persona en el moment de la mort”*. Ho puntuen una mica més baix que en la seva disposició a escoltar les preocupacions de l'altre. Estar amb una persona en el moment de la mort portaria a pensar en estar davant del misteri, davant de l'acompliment d'una vida, davant de preguntes sense resposta, davant del no-res, segons les creences o davant de l'acompliment d'una vida i d'entrada en una altra. També apuntariem aquí en les diferències de vivència de mort que vindrien donades pel lloc de morir. És parlaria de les seguretats mèdiques front l'agombolament de l'entorn íntim i conegut del pacient i dels mateixos familiars<sup>185</sup>.

A la percepció de poder *“Proporcionar suport emocional a la família del pacient”*, un 80%, sembla que els estudiants es poden trobar millor estant al costat de la família del pacient. Presenta diferències significatives amb l'ansietat a la pròpia mort, a l'igual que *“Entendre el dol i el dolor de la pèrdua”* (82%). Caldria entendre com els estudiants entenen el dol ja que és una realitat força desconeguda. Seria bo saber en quina profunditat ells el comprenen i si també el valoren en la dilació del temps. Estar al costat de qui plora, sembla que no costa en els primers moments, encara que es fa difícil el plor que s'allarga i es manté. El plor parla de pèrdua, de tristesa, d'expressió de sentiments. El plor necessita ser acollit i la persona que plora necessita sentir-se reconeguda en el seu dolor<sup>186</sup>.

Els ítems que fan referència a la donació d'òrgans els explicitarem junts, tot i que entenem que fan referència a la competència i a l'afrontament d'un mateix quan es parla de *"Fer els comentaris sobre la donació d'òrgans en el moment oportú"* (71%), *"Consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família"* (86,9%). És respecte al tu que integra les persones properes i al jo quan és *"Firmar la seva targeta de donant"* 79%. Quant a la donació d'òrgans, podem dir que els estudiants del pla Bolonya puntuen més alt tant en la donació familiar com en la pròpia. Cal afegir que els que han viscut una mort propera se senten segurs de poder ser donants. La donació d'òrgans presenta diferències significatives amb la Por a la Mort i al Procés de Morir. Bedi et al.<sup>163</sup> constaten que els estudiants de Medicina tenen unes percepcions i actituds favorables a la donació d'òrgans, encara que els manca un coneixement detallat sobre la donació. Realitat que ens porta a pensar que sent que la donació d'òrgans és el més important i el que limita els trasplantaments, seria bo que els estudiants de Medicina tinguessin un bon coneixement sobre les donacions d'òrgans, perquè, a més de la necessitat que hi ha de trasplantaments, ells poden ajudar que les persones puguin ser donants i pensin en els altres. Per a molts pares, haver pogut donar els òrgans d'un fill, mort sobtadament, els ajuda a fer el dol millor per la seguretat que aquella mort ha tingut un fruit<sup>182</sup>.

Pensem que respecte a la percepció que els estudiants de Medicina tenen del seu afrontament a la Mort i al Morir i les competències cap al Sofriment i la Mort, els estudiants han puntuat molt alt en tot, la qual cosa ens fa pensar que

en aquells moments havien pres molta distància o, possiblement, no prenen consciència de l'abast de les situacions plantejades.

#### **8.4 Limitacions**

No haver pogut comptar amb les dades dels estudiants del 6è curs del pla de Bolonya seria una limitació, encara que som conscients que tenim molts resultats per avaluar els canvis que aquest nou pla està produint en els estudiants de Medicina.

Les dades recollides són valuoses, quantioses i valuables i han permès fer un estudi complet de les actituds dels estudiants de Medicina cap a la Mort i el Morir. Amb tot, sentim que fóra bo poder tenir un contacte directe amb els estudiants, ja sigui a través d'entrevistes i cursos, comunicant sentiments i emocions.

#### **8.5 Propostes de futur**

La primera proposta seria continuar l'estudi d'aprofundiment en l'Afrontament a la Mort i el Morir dels estudiants de Medicina.

Adicionalment es podria explorar la incidència de la vivència de pèrdua en estudiants d'altres escoles de Medicina i investigar l'impacte i la profunditat d'aquesta en els estudiants.

Reflexionar com la facultat de Medicina podria contactar amb els estudiants en dol, tant els de nou ingrés com els que han sofert una pèrdua durant el seu període acadèmic.

Realitzar cursos de dol amb els estudiants de Medicina tant els que n'estan afectats com els que no.

# *Conclusions*



## 9 Conclusions

### 9.1 Conclusions particulars

1. Les dones presenten menys Por a la Mort i al Procés de Morir.
2. A mesura que els estudiants de Medicina estan en cursos superiors, plantegen més Por a la pròpia Mort i a la Mort dels altres.
3. La presència de professionals infermers a la família influencia en els estudiants a tenir menys Por a la Mort i al Morir. No es troba diferències significatives amb els fills de pares metges.
4. Haver fet tasques de voluntariat no exerceix influències amb la Por a la Mort.
5. Els estudiants de Medicina que se'ls ha mort el pare, la mare o un germà o germana tenen més Por a la pròpia Mort.
6. Els estudiants de Medicina que tenen creences religioses presenten menys Por a la pròpia Mort.
7. Els estudiants de grau de Medicina (Pla Bolonya) tenen menys por a la Pròpia Mort, a la Mort dels altres, al Propi Procés de Morir i al Procés Morir dels altres.
8. Els estudiants del curs 2003 presenten diferències respecte a la Mort i el Morir dels del curs 1999. Els primers tenen menys Por a la Mort dels altres i menys Por al Propi Procés de Morir.
9. Els estudiants pertanyents al Pla Bolonya puntuen molt alt en si firmarien la targeta de donants d'òrgans com també puntuen molt alt a consentir la donació d'òrgans o teixits d'un membre de la família.
10. Els homes se senten més preparats per a afrontar la pròpia Mort .



11. Les dones poden dir més que els homes quant estimen abans de morir.
12. Els estudiants als quals s'ha mort un familiar de primer grau, volen saber que tenen una malaltia greu, a l'igual que els que tenen creences religioses.
13. Els estudiants de cursos acadèmics més superiors creuen que poden proporcionar suport emocional a la família del pacient .

## **9.2 Conclusions generals**

1. L'ansietat dels estudiants de Medicina de la UdL enfront la Mort i el Morir té relació amb el gènere, l'edat, les experiències vitals i la seva psicobiografia.
2. S'ha trobat diferències significatives entre la Por a la Mort i el Morir dels estudiants de Medicina en ambdós Plans d'Estudis de la mostra. Els alumnes que pertanyen al Pla Bolonya, respecte al pla d'estudis anterior, presenten menys Por a la Mort i al Procés de Morir. Els alumnes del curs 2003 exposen sensiblement menys Por a la Mort i al Procés de Morir que els estudiants de Medicina del curs 1999.

Per tant, hem confirmat totes dues hipòtesis de partida.

# *Bibliografia*



## 10 Bibliografía

1. Lee RLM. Modernity, Mortality and Re-Enchantment: The Death Taboo Revisited. *Sociology*. 2008;42(4):745 -759.
2. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA J Am Med Assoc*. 1927;88(12):877.
3. Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med*. 2005;80(7):641-647.
4. Platón. *Fedón*. (Gredos, ed.). Madrid; 1986.
5. Jung CG. *Introducción a La Esencia de La Mitología*. (Siruela, ed.). Madrid; 2004.
6. Bonete E. *¿Libres Para Morir? En Torno a La Tánato-Ética*. (Brouwer D de, ed.). Bilbao; 2004.
7. Séneca LA. *Obras Completas*. (Aguilar, ed.). Madrid; 1943.
8. San Agustín. *Confesiones*. (Alianza, ed.). Madrid; 1990.
9. Montaigne M. *Ensayos*. (Gutenberg G, ed.). Barcelona; 2014.
10. Descartes. *La Morale*. (Vrin, ed.). Paris; 1992.
11. Ferrater Mora J. Cuatro visiones de la historia universal: San Agustín, Vico, Voltaire, Hegel. 2006.
12. Schopenhauer A. *El Mundo Como Voluntad Y Como Representación*. (Porrúa, ed.). México; 1983.
13. Young C, Brook A. Schopenhauer y Freud. *Int J Psychoanal*. 2009;75:101-18.
14. Torralba F. *Cercles Infernals. Sobre El Pensament Del Jove Nietzsche*. (62 E, ed.). Barcelona; 1990.
15. Heidegger M. *El Ser Y El Tiempo*. Madrid: Trotta; 2003.
16. Hadot P. *¿Qué Es La Filosofía Antigua?* 1a ed. (Económica F de C, ed.). Mexico; 1998.

17. Bosch-Veciana A. «Qu'est-ce que philosopher?». Pierre Hadot i la manera de viure filosòfica. In: *La Filosofía Com a Forma de Vida*. Barcelona: La Busca editions; 2013:15-67.
18. Torralba F. *Planta Cara a La Mort*. 1st ed. Barcelona: Ara llibres; 2008.
19. Walter T. Modern Death: Taboo or not Taboo? *Sociology*. 1991;25(2):293-310.
20. Sayer D. Who's afraid of the dead? Archaeology, modernity and the death taboo. *World Archaeol*. 2010;42(3):481-491.
21. Grollman EA. *Explaining Death to Children. Forward Movement*. (Amazon, ed.). Belmont; 1998.
22. Gibson M. Death and mourning in technologically mediated culture. *Heal Sociol Rev*. 2014;16(5):415-424.
23. Domènech M, Tirado F. *Ciència, Tecnologia I Societat: Nous Interrogants per a La Psicologia.*; 2002.
24. Temes Montero JL, Gil Redrado JJ. *Sistema Nacional de Salud*. (McGraw-Hill -Interamericana de España SA, ed.). Madrid; 1996.
25. Aubia J. Errores médicos: los sistemas de protección y sus paradojas. In: Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2002:11-30.
26. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit*. 2004;18:08-15.
27. Fuster V, Sampedro JL. *La Ciencia Y La Vida*. 1a ed. Barcelona: Rosa dels Vents; 2008.
28. Agustí A. Les actituds dels estudiants de 6é curs de medicina de la Universitat de Lleida cap al sofriment i la mort. 2000.
29. Neimeyer RA. *Métodos de Evaluación de La Ansiedad Ante La Muerte*. 1a ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1997.
30. Bayés R. *Afrontando La Vida, Esperando La Muerte*. (Editorial A, ed.). Madrid; 2006.
31. Tizón JL. *Pérdida, Pena, Duelo*. 1st ed. (Paidós, ed.). Barcelona; 2004.
32. Bowlby J. *La Pérdida*. (Paidós, ed.). Barcelona; 1997.
33. Worden JW. *El Tratamiento Del Duelo: Asesoramiento Psicológico Y Terapia*. 1a ed. (Paidós, ed.). Barcelona; 1997.

34. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*. 2009;8(2):67-74.
35. Neimeyer RA. The changing face of grief: Contemporary directions in theory, research, and practice. *Prog Palliat Care*. 2014;22(3):125-130.
36. Estevan P, De Miguel C, Alvarez Alvarez R, et al. How Are you Grieving? In: *8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC)*. *Palliative Medicine*. Vol 28. Lleida: SAGE Publications Inc.; 2014:878.
37. Prigerson HG, Maciejewski PK. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):435-7.
38. Whyte R, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' experience of personal loss: incidence and implications. *BMC Med Educ*. 2013;13(1):36.
39. Brennan N, Corrigan O, Allard J, et al. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Med Educ*. 2010;44(5):449-458.
40. Pruthi S1 GA. Doctors do cry. *Indian J Med Ethics*. 2014:249-51.
41. Pessagno R, Foote CE, Aponte R. Dealing with Death: Medical Students' Experiences with Patient Loss. *OMEGA - J Death Dying*. 2014;68(3):207-228.
42. Gracia D. *Como Arqueros Al Blanco*. *Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela; 2004.
43. Gracia Guillén D. *Fundamentos de La Bioética*. (Triacastela, ed.). Madrid; 2007.
44. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Helping and Healing: Religious Commitment in Health Care*. Washington: Georgetown University Press; 1997.
45. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306(11):639-645.
46. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2<sup>a</sup> ed. *Oxford Univ Press*. 2004.
47. Laín Entralgo P. *Antropología Médica*. (Salvat, ed.). Barcelona; 1985.
48. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000;343:223-225.

49. Hastings Center T. Los fines de la medicina. *Fund Grífol*s. 2009.
50. Puchalski C, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and Health: The Development of a Field. *Acad Med*. 2014;89(1):10-16.
51. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91-6.
52. Kübler-Ross E. On life before death. Interview by Lyndon Keene. *N Z Nurs J*. 1986;79(3):18-19.
53. Kübler-Ross E. Dying with dignity. *Can Nurse*. 1971;67(10):31-35.
54. Kübler-Ross E. On death and dying. *JAMA J Am Med Assoc*. 1972;221(2):174-179.
55. Kübler-Ross E. *Sobre La Muerte Y Los Moribundos*. Mexico: Grijalbo; 2000.
56. Yahnke RE. Elisabeth Kubler-Ross: Facing Death. *Gerontologist*. 2005;45(3):426-426.
57. Cicely Saunders. *Lancet*. 1997;349(9068):1850.
58. Clark D. "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Soc Sci Med*. 1999;49(6):727-736.
59. Doyle D. Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. *EAPC*. 2007:1 - 24.
60. Barclay S, Whyte R, Thiemann P, et al. An important but stressful part of their future work: medical students' attitudes to palliative care throughout their course. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(2):231-42.
61. Cumplido Corbacho R, Molina Venegas C. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Med Paliativa*. 2011;18(4):141-148.
62. González Gutiérrez JL, Garrosa Hernández E, Peñacoba Puente C, Velasco Furlong L. Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos: un estudio preliminar. *Clínica y salud Rev Psicol clínica y salud*. 2005;16(1):65-89.
63. Hammel JF, Sullivan AM, Block SD, Twycross R. End-of-life and palliative care education for final-year medical students: a comparison of Britain and the United States. *J Palliat Med*. 2007;10(6):1356-1366.

64. Head BA, Earnshaw LA, Greenberg RB, Morehead RC, Pfeifer MP, Shaw MA. "I will never forget": what we learned from medical student reflections on a palliative care experience. *J Palliat Med*. 2012;15(5):535-541.
65. Férrez JA. Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. *Epos Rev Filol*. 1986;2:157.
66. Alby JC. La concepción antropológica de la medicina hipocrática. *Enfoques Rev la Univ Adventista del Plata*. 2004;1:5-30.
67. José L. Fresquet. Andrés Vesalio. In: *Historia de La Medicina*. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia-CSIC); 2004.
68. Barcia Goyanes JJ. La otra cara de Vesalio. *Med Hist (Barc)*. 1995;(59):1-16.
69. Laín Entralgo P. La anatomía del Vesalio y el arte del renacimiento. *Bol Cult e Inf - Cons Gen Colegios Medicos*. 1958;21(116):37-40.
70. Fresquet JL. Sydenham. In: *Enciclopedia Médica*. València: Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación; 2000.
71. Sánchez Martín MM. Humanidades médicas: integrar arte y ciencia en Medicina. *Rev Española Cirugía Osteoartic*. 2014;49.:187-196.
72. Rodin AE, Key JD. William Osler and Aequanimitas: an appraisal of his reactions to adversity. *J R Soc Med*. 1994;87(12):758-63.
73. Osler W. *Aequanimitas*. (Uriach 1838 F, ed.). Barcelona: P. Blakiston's Sons & Company.; 1904.
74. Oglesby P. The caring physician: the life of Dr. Francis W. Peabody. *N Engl J Med*. 1993;328:817-18.
75. Hurst JW. Dr. Francis w. Peabody, we need you. *Tex Heart Inst J*. 2011;38(4):327-8; discussion 328-9.
76. Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:85-90.
77. Jovell AJ. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. *Monogr La Prof médica y los retos del Milen*. 2004;7:23-31.
78. Gual A. La universidad que queremos (I): La excelencia no se compra, se persigue. *Educ Médica*. 2011;14(4):195-197.
79. Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H. [Physician for the future]. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(8):363-8.



80. Gual A, Oriol A, Pardell H. El medico del s XXI. ¿Qué significa ser medico? *Med Clin (Barc)*. 2007;129(1):17-22.
81. Frank J, Snell L, Sherbino J. El Proyecto de CanMEDS 2015. Médico marco de competencias. In: Real Colegio de Médicos y Cirujanos Canadá, ed. *Serie IV*. Ottawa; 2015.
82. Puddester D, MacDonald CJ, Clements D, Gaffney J, Wiesenfeld L. Designing faculty development to support the evaluation of resident competency in the intrinsic CanMEDS roles: practical outcomes of an assessment of program director needs. *BMC Med Educ*. 2015;15:100.
83. Millán Núñez-Cortés J, Gutiérrez Fuentes JA. Enseñar a ser médicos: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (III). Perspectivas futuras derivadas del análisis de opinión de médicos implicados en la docencia clínica práctica. *FEM Rev la Fund Educ Médica*. 2014;17(3):137-142.
84. IFMSA & EMSA. The Bachelor and Master structure in Medicine - Statement of Beliefs - Bologna. In: ; 2007.
85. Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen N, Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg et al. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *Lancet*. 2012.
86. Modi JN, Gupta P, Singh T. Competency-based medical education, entrustment and assessment. *Indian Pediatr*. 2015;52(5):413-420.
87. Abel F. *Bioética: Orígenes, Presente Y Futuro*. (Mapfre S, ed.). Madrid; 2001.
88. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención primaria Publicación Of la Soc Española Fam y Comunitaria*. 2009;41(11):646-649.
89. Phillips SP CM. More than an education: the hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Med Educ*. 2012;46(9):887-93.
90. Vilà Santasuana A, Celorrio Jiménez N, Sanz Salvador X, Martínez Montauti J, Díez-Cascón Menéndez E, Puig Rossell C. Última semana de vida en un hospital de agudos: revisión de 401 pacientes consecutivos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):284-290.
91. Gómez-Batiste X, Roca J, Pladevall C, Gorchs N, Guinovart C. Atención domiciliaria de enfermos terminales. *Educ y Cuid*. 1997:131-49.

92. Ros Martrat E, Pont Barceló E. L'Adquisició de les competències professionals en l'especialitat de medicina de família i comunitària a Catalunya : 2004.
93. Borrell F. Competència emocional del professional de la salut. In: *Llibre de Ponències XVII Congrés de Metges I Biòlegs de Llengua Catalana*. València: Fundacio Alsina i Bofill; 2004:149-158.
94. Tizón JL. *Componentes Psicologicos de La Practica Clinica*. (Doyma, ed.). Barcelona; 1989.
95. Frankl VE. *L'home a La Recerca de Sentit*. (Herder, ed.). Barcelona; 1994.
96. Wagner RE, Hexel M, Bauer WW, Kropiunigg U. Crying in hospitals: a survey of doctors', nurses' and medical students' experience and attitudes. *Med J Aust*. 1997;166(1):13-16.
97. Ross DD, O'Mara A, Pickens N, et al. Hospice and palliative care education in medical school: a module on the role of the physician in end-of-life care. *J Cancer Educ*. 1997;12(3):152-156.
98. Cardozo RA, Sosa MG, Gómez AC, et al. Apreciaciones sobre la Muerte en Estudiantes del Último Año de Medicina. *Acad Biomédica Digit*. 2010;44:11.
99. Zana Á, Konkoly TB, Limpár I, et al. Professions and fear of death--are they correlated? 2014;55(31):1236-1240.
100. Kaye JM. Will a course on death and dying lower students' death and dying anxiety? *J Cancer Educ*. 1991;6(1):21-24.
101. Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students' attitudes following a course on death and dying: A controlled comparison. *J Cancer Educ*. 1994;9(2):77-81.
102. Kaye JM, Loscalzo G. Learning to care for dying patients: A controlled longitudinal study of a death education course. *J Cancer Educ*. 1998;13(1):52-57.
103. Thiemann P, Quince T, Parker R, et al. Attitudes towards End of Life Care among Medical Students. In: *8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC)*. *Palliative Medicine*. Vol 28. Lleida: SAGE Publications Inc.; 2014:578.
104. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association with Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2015;in press.

105. Anderson WG, Williams JE, Bost JE, Barnard D. Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. *J Palliat Med.* 2008;11(9):1227-33.
106. Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ.* 2010;44(4):421-428.
107. Jones R, Finlay F. Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period. *Postgrad Med J.* 2014;90(1060):69-74.
108. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, et al. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med.* 2005;80(7):634-640.
109. McFarland KF, Rollins EC, Gonzalez MF, Rhoades DR. Dealing with death and Dying. *Med Educ.* 1994;28:136-138.
110. Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ. Student and patient perspectives on bedside teaching. *Med Educ.* 1997;31:341-346.
111. Hernández-Vargas CI, Dickinson-Bannack ME. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Rev Investig en Educ Médica.* 2014;03(11):155-160.
112. Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: student voices. *J Palliat Med.* 2005;8(2):372-381.
113. Rosenbaum ME, Lobas J, Ferguson K. Using reflection activities to enhance teaching about end-of-life care. *J Palliat Med.* 2005;8(6):1186-1195.
114. Zambrano SC, Barton CA. On the Journey with the Dying: How General Practitioners Experience the Death of Their Patients. *Death Stud.* 2011;35(9):824-851.
115. Libbrecht N, Lievens F, Carette B, Côté S. Emotional intelligence predicts success in medical school. *Emotion.* 2014;14(1):64-73.
116. Ogunyemi D, Mehta S, Turner A, Kim D, Alexander C. Emotional intelligence characteristics in a cohort of faculty, residents, and medical students. *J Reprod Med.* 2014;59(5-6):279-284.
117. Crisp N. A global perspective on the education and training of primary care and public health professionals. *London J Prim Care (Abingdon).* 2012;(2):116-119.
118. Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, Soethout MB, Onwuteaka-Philipsen BD. Education on end-of-life care in the medical curriculum: students' opinions and knowledge. *J Palliat Med.* 2010;13(4):381-387.

119. Leon-Carlyle M, Srivastava R. Medicine's push for resource stewardship in education and practice. *Univ Toronto Med J*. 2015;92(2):27-30 Resource stewardship is central to high-quality.
120. Rabow M, Gargani J, Cooke M. Do as I say: curricular discordance in medical school end-of-life care education. *J Palliat Med*. 2007;10(3):759-769.
121. Fernandes R, Shore W, Muller JH, Rabow MW. What it's really like: the complex role of medical students in end-of-life care. *Teach Learn Med*. 2008;20(1):69-72.
122. Hren D, Marušić M, Marušić A. Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PLoS One*. 2011;6(3):e17406.
123. Lazcano R. X, Santa Cruz V. J, Conget M. P. Teorías implícitas sobre la enseñanza y su asociación con las prácticas pedagógicas de los docentes de la carrera de Medicina. *Rev Educ en Ciencias la Salud*. 2013;10(1):47-52.
124. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *Can Med Assoc J*. 2003;168(7):840-844.
125. Borges NJ, Savickas ML. Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *J Career Assess*. 2002;10(3):362-380.
126. Borges NJ, Gibson DD. Personality patterns of physicians in person-oriented and technique-oriented specialties. *J Vocat Behav*. 2005;67(1):4-20.
127. Chibnall JT, Blaskiewicz RJ, Detrick P. Are medical students agreeable? An exploration of personality in relation to clinical skills training. *Med Teach*. 2009;31(7):e311-5.
128. Duffy RD, Borges NJ, Hartung PJ. Personality, Vocational Interests, and Work Values of Medical Students. *J Career Assess*. 2008;17(2):189-200.
129. Ghiabi B, Besharat MA. An investigation of the relationship between Personality dimensions and emotional intelligence. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2011;30:416-420.
130. Magalhães E, Costa P, Costa MJ. Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. *Med Teach*. 2012;34(10):807-12.
131. Rosas A, Llanos F, Mendoza D. Perfil de personalidad de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Neuro- ....* 2013.

132. Leombruni P, Miniotti M, Zizzi F, et al. Attitudes of Medical Students Toward the Care of the Dying in Relation to Personality Traits: Harm Avoidance and Self-Directedness Make a Difference. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014.
133. Leombruni P, Miniotti M, Torta R. Personality and attitudes towards dying patients: an Italian pilot study among medical students. *Med Teach*. 2013;35(9):790.
134. Scheepers RA, Lombarts KMJM, van Aken MAG, Heineman MJ, Arah OA. Personality Traits Affect Teaching Performance of Attending Physicians: Results of a Multi-Center Observational Study. Costa MJ, ed. *PLoS One*. 2014;9(5):e98107.
135. Yang XM, Shen ZF, Qi YL, Han BX, Meng B. Relationships among personality characteristics, interpersonal trust, and subjective well-being of medical students. *J Shanghai Jiaotong Univ (Medical Sci)*. 2015;35(1).
136. Wolf T, Balson P, Faucett J, Randall H. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ*. 1989;23:19-23.
137. Schwartz CE, Clive DM, Mazor KM, Ma Y, Reed G, Clay M. Detecting attitudinal changes about death and dying as a result of end-of-life care curricula for medical undergraduates. *J Palliat Med*. 2005;8(5):975-986.
138. Mutto EM, Cavazzoli C, Ballbe JA, Tambone V, Centeno C, Villar MJ. Teaching dying patient care in three universities in Argentina, Spain, and Italy. *J Palliat Med*. 2009;12(7):603-607.
139. Mutto EM, Cantoni MN, Rabhansl MM, Villar MJ. A perspective of end-of-life care education in undergraduate medical and nursing students in Buenos Aires, Argentina. *J Palliat Med*. 2012;15(1):93-98.
140. Shanfield SB. The mourning of the health care professional: an important element in education about death and loss. *Death Educ*. 1981;4(4):385-395.
141. Amurrio López De Gastiain LM, Limonero García JT. The concept of bereavement in university students. *Med Paliativa*. 2007;14(1):14-19.
142. Tizón JL. Sobre la formación integral del médico: Aportaciones de las primeras jornadas estatales de estudio y reflexión sobre el tema. *Educ Medica*. 2009;12(4):209-221.
143. O'Connor M, Breen LJ. General Practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):59.

144. Schillerstrom JE, Sanchez-Reilly S, O'Donnell L. Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters. *Acad Psychiatry*. 2012;36(3):188-190.
145. Self DJ, Schrader DE, Baldwin DC, Wolinsky F. The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Med Educ*. 1993;27:26-34.
146. Zerpa CE, Ramírez JJ. Un instrumento de medición del desarrollo moral para estudiantes universitarios: Defining Issues Test (DIT). *Rev Pedagóg*. 2004;25(74):427-450.
147. Navas AL. La educación moral según Lawrence Kohlberg: una utopía realizable. *Prax filosófica*. 2009;(28):7-22.
148. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*. 2005;8(Suppl 1):S103-115.
149. Reese DJ, Chan CL, Perry DC, Wiersgalla D, Schlinger J. Beliefs, death, anxiety, denial, and treatment preferences in end-of-life care: a comparison of social work students, community residents, and medical students. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2005;1(1):23-47.
150. Rodríguez del Pozo P, Fins J. Death, dying and informatics: misrepresenting religion on MedLine. *BMC Med Ethics*. 2005.
151. Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med*. 2008;6(5):406-411.
152. Morán Barrios J., Ruiz de Gauna Bahillo P. ¿Reinventar la formación de médicos especialistas?: Principios y retos. *Nefrol publicación Of la Soc Española Nefrol*. 2010;30(6):604-612.
153. Lohfeld L, Goldie J, Schwartz L, et al. Testing the validity of a scenario-based questionnaire to assess the ethical sensitivity of undergraduate medical students. *Med Teach*. 2012;34(8):635-642.
154. Tucker T. Culture of death denial: relevant or rhetoric in medical education? *J Palliat Med*. 2009;12(12):1105-1108.
155. Montilva Mariela DP, García M, Torres A, et al. Formación de docentes universitarios para la educación moral y valores. *Salud, Arte y Cuid*. 2012;5(1):77-86.
156. Tomás-Sábado J, Limonero JT. Religiousness and death anxiety. In: *Religion and Psychology: New Developments*. Nova Science Publishers, Inc.; 2013:61-82.

157. Bridge DT, Bennett KS. "Spirituality, suffering, and healing": a learning option for Western Australian medical students. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(3):659-65.
158. Byrne M. Spirituality in palliative care: what language do we need? Learning from pastoral care. *Int J Palliat Nurs*. 2007;13(3):118-124.
159. Castelo-Branco MZ, Brito D, Fernandes-Sousa C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*. 2014;14(1):100-108.
160. López-Sierra HE, Rodríguez-Sánchez J. The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally diverse context: a literature review. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(1):87-95.
161. Martyn H, Barrett A, Nicholson HD. Medical students' understanding of the concept of a soul. *Anat Sci Educ*. 2013;6(6):410-4.
162. Vilalta A, Valls J, Porta J, Viñas J. Evaluation of Spiritual Needs of Patients with advanced cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med*. 2014;17(5).
163. Bedi K, Hakeem A, Dave R, Lewington A, Sanfey H, Ahmad N. Survey of the Knowledge, Perception, and Attitude of Medical Students at the University of Leeds Toward Organ Donation and Transplantation. *Transplant Proc*. 2015;47(2):247-260.
164. Mott ML, Gorawara-Bhat R, Marschke M, Levine S. Medical students as hospice volunteers: reflections on an early experiential training program in end-of-life care education. *J Palliat Med*. 2014;17(6):696-700.
165. Colell Brunet R, Limonero JM, Otero MD. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investig en Salud*. 2003;V(2).
166. Tomás Sábado J, Guix Llistuella E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2001;11(03):104-109.
167. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gen Apl*. 2003;56(3):257-279.
168. Rojas Alcantara P, Campos Aranda M, Armero Barranco D, et al. Health Science students' attitude to dying. *Med Law*. 2003;22(2):301-310.
169. Bauman Z. *Modernidad Líquida*. (España F de cultura económica de, ed.). Madrid; 2002.

170. Sundin RH, Gaines WC, Knapp WB. Attitudes of dental and medical students atoward death and dying. *OMEGA - J Death Dying Dying Dying*. 1979;10:77-86.
171. Fang B, Howell KA. Death anxiety among graduate students. *J Am Coll Health Assoc*. 1977;25(5):310-313.
172. Bayés R, Limonero JT, Buendia B, Buron E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Med Paliativa*. 1999;6:140-143.
173. AQU Catalunya. Medicina i gènere. La incorporació de les dones a la medicina.
174. Stevesn SJ, Cooper PE, Thomas LE. Age norma for Templer's deatht anxiety scale. *pscolgical reports*. 1980;46:205-206.
175. Gesser G, Wong P, Reker G. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile. *OMEGA - J Death Dying Dying Dying*. 1987;18:113-128.
176. Marín C. Intervenció per al desenvolupament afectiu de l'infant. In: *Desenvolupament Sociaaffectiu*. Departament d'Ensenyament. Institut Obert de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2010.
177. Saint-Éxupery A. *El Petit Príncipe*. (Empuries, ed.). Barcelona; 2003.
178. Rusiñol i Prats S. Anant pel món. 1896:58, 59.
179. Hudson P, Trauer T, Kelly B, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from randomised controlled trial. In: *8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC)*. *Palliative Medicine*. Vol 28. Lleida: SAGE Publications Inc.; 2014:553.
180. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Càmara M, Parramon G. Estudi sobre la salut, estils de vida i condicions acadèmiques dels estudiants de medicina de Catalunya. *Fund Galatea*. 2012.
181. Bisquerra R, Punset E, Mora F, et al. *Com Educar Les Emocions? La Intel.ligència Emocional En La Infància I L'adolescència*. (Hospital Sant Joan de Déu, ed.). Barcelona; 2012.
182. Worden JW. *El Tratamiento Del Duelo: Asesoramiento Psicológico Y Terapia*. (Paidós, ed.). Barcelona; 1997.
183. Torralba. *Cent Valors per Viure: La Persona I La Seva Acció En El Món*. Lleida: Pagès Editors; 2001.
184. Schwartzstein R. Getting the Right Medical Students — Nature versus Nurture. *N Engl J Med*. 2015;372(17):1586-1587.



185. Donovan R, Williams A, Stajduhar K, Brazil K, Marshall D. The influence of culture on home-based family caregiving at end-of-life: a case study of Dutch reformed family care givers in Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 2011;72(3):338-46.
186. Rando TA. *Grief, Dying and Death.* (Press R, ed.). Illinois; 1984.

# *Annexos*



## Annex 1.- Qüestionari sociopsicobiogràfic

---

Identificació:

Data:

---

Nom:

---

1. Edat:

---

2. Sexe: Dona  Home

---

3. La residència familiar habitual és en

a- Ciutat gran  b- Ciutat petita  c- Poble  $\geq$  2.500 h.  d- Poble  $<$  2.500 h.

---

4. Durant el curs visc

a- amb els pares: sí  no

b- altres familiars: sí  no

c- en una residència: sí  no

d- en parella: sí  no

e- amb companys: sí  no

f- sol: sí  no

---

5. Depenc econòmicament dels pares/tutors: sí  no

---

6. Em financio els estudis amb (marca tots els que corresponguin):

a- beca ministeri:

b- altres ajudes institucionals:

c- treball propi:

d- ajuda de pares/tutors:

e- ajuda d'un altre familiar:

f- altres mitjans:

---

7. Les vacances familiars normalment

a- les passem a casa:

b- anem a la platja o a la muntanya:

c- fem un viatge nacional:

e- fem un viatge a l'estranger:

---

8. Escola/col·legi i població on vaig estudiar BUP:

---

---

9. Activitat professional a- del pare:

b- de la mare:

---

10. Tinc antecedents familiars metges a la família (avis, germans...): sí  no

Qui?

---

11. Tinc antecedents familiars infermers a la família (avis, germans...): sí  no

Qui?

---

12. Algun amic de la meva infantesa estudia Medicina: sí  no

---

13. Estudiar a la UdL va ser en 1a. opció: sí  no

---

14. En quina època de la vida vaig prendre la decisió d'estudiar Medicina:

---

15. He rebut influències o persuasions per a estudiar Medicina: sí  no

De qui?

---

16. Especialitat que m'agradaria exercir:

---

17. Les pràctiques realitzades al llarg de la carrera han fet canviar l'elecció de

l'especialitat desitjada: sí  no

Per què?

18. Rotació-especialitat que estic fent ara:

---

19. Rotacions-especialitats que ja he fet:

---

20. Rotacions-especialitats que em falten:

---

21. La sèrie de TV de temàtica mèdica que més m'ha agradat:

---

22. He fet tasques de voluntariat: sí  no

En cas de respondre afirmativament,

a- el voluntariat que he fet ha estat en el camp dels malalts: sí  no

b- Nivell de satisfacció: molt  normal  poc  gens

c- M'agradaria fer tasques de voluntariat: sí  no

---

23. Gaudeixo de bona salut: sí  no

---

24. Tinc experiència de malaltia greu o minusvalia a- Pròpia: sí  no

b- Familiars propers: sí  no

c- Amics: sí  no

Quina?

---

25. He estat ingressat/da en clínica/hospital

a- per intervenció: sí  no

b- per malaltia: sí  no

---

26. Habitualment vaig a veure als familiars/amics quan estan malalts: sí  no

---

27. He tingut experiències de mort propera: sí  no

En cas afirmatiu, la que més m'ha afectat,

a- edat que tenia:

b- relació/parentiu:

---

28. He tingut experiència de mort presencial: sí  no

Edat:

---

29. Tinc creences religioses: sí  no

---

30. Crec en el "més enllà": sí  no

---

31. He fet cursos de creixement personal/interior i/o he llegit literatura sobre la mort:

sí  no

---



## Annex 2.- Descripció de les variables

En aquest annex es descriuen amb detall les variables utilitzades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

### A. Variables personals

**Taula 128.-** Relació de variables personals emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
PERSONALS	GÈNERE	1- Home 2- Dona
	RESIDÈNCIA	1- Ciutat gran 2- Ciutat petita 3- poble $\geq$ 2.500 habitants 4- $<$ 2.500 habitants
	RESIDÈNCIA ESCOLAR	1- Pares 2- Altres familiars 3- Residència 4- En parella 5- Amb companys 6- Sol
	AUTONOMIA ECONÒMICA	1- Sí 2- No
	FINANÇAMENT DELS ESTUDIS	1- Beca Ministeri 2- Altres ajudes Institucions 3- Treball propi 4- Ajuda pares/tutors 5- Ajuda d'un altre familiar 6- Altres mitjans



	LLOC ON S'HA ESTUDIAT BUP	1- Escola pública ciutat 2- Privada religiosa ciutat 3- Privada laica ciutat 4- Escola pública poble 5- Privada religiosa poble 6- Privada laica poble
	ANTECEDENTS METGES	1- Sí 2- No

Gènere: Sexe dels subjectes a estudi, entès com el conjunt de característiques bioquímiques, fisiològiques i orgàniques que polaritzen els individus d'una mateixa espècie en homes i dones.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica i s'expressa en dues categories: homes i dones.
- A partir d'aquesta dada es pretén constatar la distribució de la població.

Edat: Anys que tenen els subjectes a estudi.

- Aquesta variable és quantitativa.
- A partir d'aquesta dada es pretén constatar la distribució de la població.

Residència : Lloc on viuen els subjectes a estudi.

- Aquesta variable és qualitativa politòmica que s'expressa en 4 categories: ciutat gran, ciutat petita, poble  $\geq 2.500$  h., poble  $< 2.500$  h.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer la distribució de la població ja que hem pensat que podia haver-hi diferències entre la gent que viu en un poble petit o la que viu en una ciutat. I també diferenciaríem de ciutat gran

o petita, ja que la petita encara té el redós de la gent de sempre. Aquestes diferències poden venir marcades per les coneixences, perquè als pobles tothom va al enterraments, perquè es pot compartir més i perquè tot se sap en un lloc petit.

Amb qui viuen els subjectes a estudi durant el curs: Aquesta variable és qualitativa politòmica que s'expressa en 6 categories: amb els pares, amb altres familiars, en una residència, en parella, amb companys, sol.

- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com els estudiants es desenvolupen durant el període d'estudis. Hem diferenciat la residència ja que ens ha semblat que viure fora del recinte familiar fa que s'assumeixin unes responsabilitats que a casa són els pares qui les prenen. I, el fet de viure en parella, pot ser que facin que la persona tingui una sèrie de criteris formats, només pel fet de tenir cura i responsabilitat de l'altre amb qui conviu.

Autonomia econòmica: Dependència o independència econòmica.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.

Finançament dels estudis: Modus de pagament dels estudis.

- Aquesta variable és qualitativa politòmica que s'expressa en 6 categories: beca del ministeri, altres ajudes institucionals, treball propi, ajuda de pares/tutors, ajuda d'un altre familiar, altres mitjans.

- A partir d'aquesta dada i de l'anterior es pretén conèixer com es desenvolupen amb el tema diners ja que pensem que qui resol les pròpies despeses té unes altres mires que qui ho té tot solucionat.

#### Lloc on s'ha cursat el BUP/ ESO/Batxillerat

- Aquesta variable és qualitativa politòmica que s'expressa en 6 categories: escola pública ciutat, escola privada religiosa ciutat, escola privada laica ciutat, escola pública poble, escola privada religiosa poble, escola privada laica poble
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer l'escola on s'han realitzat els estudis anteriors a la universitat, si era pública o privada o si era religiosa o laica.

#### Antecedents familiars metges

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com la professió dels pares pot marcar o ajudar a tenir unes actituds o unes altres per si a casa es parla del treball i, ja només perquè el treball, com a organitzador de la persona, contribueix a que les persones puguin ser d'una o altra manera.

**B. Variables referides a la Medicina****Taula 129.-** Relació de variables referides a la Medicina emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
MEDICINA	ÈPOCA DECISÒRIA D'ESTUDIAR MEDICINA	1- De 0 a 14 anys 2- De 15 a 17 anys 3- 18 o més anys
	ROTATORI EN CURS	1- C.A.P. 2- Anestèsia 3- Med. Família/Urgències 4- Medicina Interna 5- Obstetrícia-Ginecologia 6- Pediatria 7- Psiquiatria 8- Radiologia i Laboratori 9- Especialitats Subquirúrg. 10- Cirurgia
	CANVI D'ESPECIALITAT ORIGINAT ROTATORI	1- Sí 2- No
	PER QUÈ DEL CANVI D'ESPECIALITAT	1- No 2- Conèixer funcionament 3- No la tenia definida 4- Ha agradat o no 5- Tutors
	ESPECIALITAT QUE AGRADARIA EXERCIR	1- Anestèsia 2- Med. Família/Urgències 3- Medicina Interna 4- Obstetrícia-Ginecologia 5- Pediatria 6- Psiquiatria 7- Radiologia i Laboratori 8- Especialitats Subquirúrg. 9- Cirurgia

Època decisòria d'estudiar Medicina: Quan l'estudiant decideix estudiar la carrera.

- Aquesta variable és quantitativa politòmica que s'expressa en 3 categories: de 0 a 14 anys, de 14 a 17 anys, de 18 o més anys.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer si l'elecció de la carrera ja era una cosa pensada en edat primerenca i/o reflexionada de gran.

Rotatori en curs: Tipologia de rotatori en curs.

- Aquesta variable és qualitativa que s'expressa en 10 categories: C.A.P., Anestèsia, Medicina de Família/Urgències, Medicina Interna, Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia i Laboratori, Especialitats Subquirúrgiques, Cirurgia .
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com, fer un rotatori o un altre, influïa en els estudiants. Som conscients que no només marca l'especialitat com especialitat sinó, també, la o les persones que estan al capdavant d'aquesta. En aquest sentit s'ha demanat l'especialitat que estaven realitzant en el moment de l'enquesta i quines ja havien fet.

Canvi d'elecció d'especialitat originat pels rotatoris fets

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer si fer un rotatori o un altre influencia en l'elecció de l'especialitat.

Motiu del canvi d'especialitat

- Aquesta variable és qualitativa politòmica que s'expressa en 5 categories: no, conèixer funcionament, no la tenia definida, ha agradat o no, tutors.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer què ha originat el canvi d'elecció de l'especialitat.

Especialitat que m'agradaria fer: Tipologia d'especialitat escollida.

- Aquesta variable és qualitativa politòmica que s'expressa en 9 categories: Anestèsia, Medicina de Família/Urgències, Medicina Interna, Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia i Laboratori, Especialitats Subquirúrgiques, Cirurgia.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com tenir pensat o decidit quina especialitat es vol fer en acabar la carrera ens diu quelcom sobre l'estudiant i la seva personalitat.

### C. Variables referides a l'altruisme

**Taula 130.-** Relació de variables referides a l'altruisme emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
ALTRUÏSME	FER TASQUES DE VOLUNTARIAT	1- Sí 2- No
	VISITAR FAMILIARS MALALTS	1- Sí 2- No

Fer tasques de voluntariat: treballar en pro d'altri de manera altruista.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.

Visitar malalts: Interessar-se per qui pateix.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada i de l'anterior es pretén conèixer si endemés de pensar en els altres es fa quelcom per ells. Fer tasques de voluntariat és de capital importància en el tarannà de la persona i, especialment, en uns estudiants que sembla clar que l'ajuda als altres forma part de la seva vocació. Endemés, en alguna facultat de Medicina sabem que fer tasques de voluntariat és motiu de selecció dels seus estudiants.

**D. Variables referides a la salut**

**Taula 131.-** Relació de variables referides a la salut emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
SALUT	PERCEPCIÓ PRÒPIA DE SALUT	1- Sí 2- No
	MALALTIA/MINUSVALIA PRÒPIA	1- Sí 2- No
	MALALTIA/MINUSVALIA FAMILIARS PROPERS	1- Sí 2- No
	MALALTIA/MINUSVALIA AMICS	1- Sí 2- No
	INGRÉS HOSPITAL PER INTERVENCIÓ PRÒPIA	1- Sí 2- No
	INGRÉS HOSPITAL PER MALALTIA PRÒPIA	1- Sí 2- No

Percepció de salut pròpia: Certesa i sentiment d'estar o no saludable.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.

Experiència pròpia de malaltia greu o minusvalia: Viure en propi cos una malaltia greu o minusvalia.

Experiència de malaltia greu o minusvalia en familiars propers

Experiència pròpia de malaltia greu o minusvalia en amics

- Aquestes variable i les dues anteriors són qualitatives dicotòmiques que s'expressen en 2 categories: sí, no.

Experiència hospitalària pròpia per intervenció: Haver estat ingressat en un centre mèdic sanitari arran d'una operació quirúrgica.

Experiència hospitalària pròpia per malaltia: Haver estat ingressat per una malaltia

- Aquesta variable i l'anterior són qualitatives dicotòmiques que s'expressen en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquestes i les dades anteriors es pretén conèixer com saber-se sa i saludable i no haver conviscut amb malalties o minusvalies influeix en que les actituds siguin diferents de qui pateix problemes de salut o sap què és una malaltia greu d'un familiar o amic proper.



## E. Variables referides a la vivència de la mort

**Taula 132.-** Relació de variables referides a la vivència de mort emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
VIVÈNCIA DE MORT	EXPERIÈNCIA MORT PROPERA	1- Sí 2- No
	PARENTIU AMB MORT PROPERA	1- Pare/mare 2- Avi/àvia
	EXPERIÈNCIA MORT PRESENCIAL	1- Sí 2- No

Experiència de mort propera: Haver sofert la mort de persones properes.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.

Parentiu de la mort propera: La relació amb la persona que ha mort.

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: pare/mare, avi/àvia.

Experiència de mort presencial

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada i les anteriors es pretén conèixer les diferències existents entre aquelles persones que han sofert la mort dels progenitors, germans o amics i les que no han viscut la mort de prop.

## F. Variables referides a les creences

**Taula 133.-** Relació de variables referides a les creences emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
CREENCES	TENIR CREENCES RELIGIOSES	1- Sí 2- No
	CREURE EN EL "MÉS ENLLÀ"	1- Sí 2- No

### Tenir creences religioses

- Aquesta variables és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com les creences religioses poden influir en tenir una actitud o una altra tant del sofriment com de la mort.

### Creure en el més enllà

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com creure en quelcom més després de la vida pot marcar i determinar una personalitat i, ensems, unes actituds o unes altres.

S'ha fet una distinció entre la religió i el més enllà per a separar la religió del que cadascú creu.

## G. Variables referides a la formació personal

**Taula 134.-** Relació de variables referides a la formació personal emprades al qüestionari sociopsicobiogràfic.

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
FORMACIÓ PERSONAL	CURSOS CREIXEMENT LITERATURA SOBRE M.	1- Sí 2- No

### Assistència a cursos de creixement personal i/o haver llegit literatura sobre la mort

- Aquesta variable és qualitativa dicotòmica que s'expressa en 2 categories: sí, no.
- A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com haver assistit a cursos de creixement personal i/o espiritual influeix en com viure l'ara i l'avui i plantejar-se el demà i, fins i tot, la mort, la qual cosa influirà, pensem, en les actituds dels estudiants. A més a més, el sol fet d'estar interessat en aquests cursos, sembla ser que la persona té una sèrie d'inquietuds i que es planteja i vol plantejar-se la vida.

## Annex 3.- Escala Revisada Collett-Lester de Por a la Mort i al Procés de Morir

¿Hasta qué punto te inquietan y te ponen ansioso/a los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir? Lee cada ítem y responde rápidamente. No pienses tu respuesta demasiado. Queremos tu primera impresión de lo que piensas en este momento. Pon un círculo en el número que mejor represente lo que sientes.

	Mucho		Algo		Nada
<b>Tu propia muerte</b>	5	4	3	2	1
1. El aislamiento total de la muerte	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida	5	4	3	2	1
3. Perderlo todo después de la muerte	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo debe ser estar muerto	5	4	3	2	1
6. No volver a pensar o experimentar	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de sentir dolor o castigo durante la vida después de la muerte	5	4	3	2	1
8. La desintegración de tu cuerpo cuando mueras	5	4	3	2	1
<b>Tu propio proceso de morir</b>	5	4	3	2	1
1. La degeneración física que implica	5	4	3	2	1
2. El dolor implicado en el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración intelectual de la ancianidad	5	4	3	2	1
4. Que tus habilidades se verán limitadas mientras te estés muriendo	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre respecto a la valentía con la que afrontarás el proceso de morir.	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y los amigos	5	4	3	2	1
8. El dolor de los otros mientras te estés muriendo	5	4	3	2	1

	Mucho		Algo		Nada
<b>La muerte de los otros</b>	5	4	3	2	1
1. Perder a alguien cercano a ti	5	4	3	2	1
2. Tener que ver el cuerpo muerto de esa persona	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte con esa persona nunca más	5	4	3	2	1
4. Arrepentirte de no haber sido más agradable con esa persona cuando estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo, sin esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
6. Sentirte culpable por considerarte liberado porque esa persona en cuestión ha muerto	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
8. Envidioso de que la persona esté muerta	5	4	3	2	1
<b>El proceso de morir de los otros</b>	5	4	3	2	1
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Que esa persona quiera hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver sufrir a la persona en cuestión por el dolor	5	4	3	2	1
4. Tener que ser él/la (yo) que le diga a esa persona en cuestión que se está muriendo	5	4	3	2	1
5. Ver la degeneración física del cuerpo de esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
6. No saber qué hacer con tu dolor por la pérdida de esa persona cuando estás con ella	5	4	3	2	1
7. Ver el deterioro de sus habilidades mentales	5	4	3	2	1
8. Que te recuerden que tú también vas a sufrir esa experiencia algún día	5	4	3	2	1

## Annex 4.- Escala d'Afrontament a la Mort

---

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades: TD = totalmente en desacuerdo; D = bastante en desacuerdo; MD = un poco en desacuerdo; I = indeciso; MA = un poco de acuerdo; A = bastante de acuerdo; TA = totalmente de acuerdo

La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	TD	D	MD	I	MA	A	TA
Me siento preparado para afrontar mi muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
Evito totalmente pensar en la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
El tema de la vida despues de la muerte me preocupa mucho	TD	D	MD	I	MA	A	TA
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	TD	D	MD	I	MA	A	TA
Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	TD	D	MD	I	MA	A	TA
Si tuviera una enfermedad mortal me gustaría que me lo dijeran	TD	D	MD	I	MA	A	TA



## Annex 5.- Escala de Competències Percebudes

Lee cada uno de los ítems que aparecen abajo y puntúa cómo de seguro o de inseguro estás de que puedes desempeñar cada uno de ellos usando una escala de 0 a 10, siendo 0 “Muy inseguro”,

5 “Moderadamente seguro” i 10 indica “Completamente seguro”.

- 
- \_\_\_\_\_ 1. Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo
- 
- \_\_\_\_\_ 2. Consentir la donación de órganos o tejidos de un miembro de la familia
- 
- \_\_\_\_\_ 3. Hacer los comentarios sobre la donación de órganos en el momento oportuno
- 
- \_\_\_\_\_ 4. Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente
- 
- \_\_\_\_\_ 5. Entender el duelo y el dolor de la pérdida
- 
- \_\_\_\_\_ 6. Estar con una persona en el momento de la muerte
- 
- \_\_\_\_\_ 7. Firmar tu mismo una tarjeta de donante”: puntuació mitjana
-





## Annex 6.- Notificació als estudiants de Medicina

Lleida, març del 1999

Benvolgut company,

Com a estudiants de tercer cicle de la UdL, ens adrecem a tu per a demanar-te ajuda i col·laboració en la recollida de la informació que ens és necessària per a la elaboració de la nostra tesi doctoral, que investiga el camp de les actituds dels estudiants de Medicina i la seva personalitat.

Necessitem, doncs, recollir una sèrie de dades dels estudiants en els diferents cicles de la carrera. Per la qual cosa, hauríem de passar un test d'actituds i un de personalitat, que es respondran de forma anònima quedant garantida la confidencialitat.

La teva contribució ajudarà a aprofundir en el coneixement dels temes d'educació mèdica i d'educació per a la vida i a evolucionar en els dissenys dels plans d'estudis.

Per tot això, apel·lem el teu esperit científic i de col·laboració i agraïm la teva acollida.

Moltes gràcies

Anna Maria Agustí  
Psicopedagoga

Esther Amorós  
Metge Forense



## Annex 7.- Disposicions legals relacionades amb els plans d'estudis de Medicina

**Resolución de 12 de noviembre de 1993, de la Universidad de Lleida, por la que se publica el plan de estudios para la obtención del título de Licenciado en Medicina, publicada en el BOE núm. 45 de 22 de febrero de 1994.**

5746

Martes 22 febrero 1994

BOE núm. 45

### BANCO DE ESPAÑA

**4095** RESOLUCION de 21 de febrero de 1994, del Banco de España, por la que se hacen públicos los cambios de divisas que el Banco de España aplicará a las operaciones ordinarias que realice por su propia cuenta el día 21 de febrero de 1994, y que tendrán la consideración de cotizaciones oficiales, a efectos de la aplicación de la normativa vigente que haga referencia a las mismas.

Divisas	Cambios	
	Comprador	Vendedor
1 dólar USA .....	140,866	141,148
1 ECU .....	157,939	158,255
1 marco alemán .....	81,590	81,754
1 franco francés .....	23,991	24,039
1 libra esterlina .....	207,947	208,363
100 liras italianas .....	8,405	8,421
100 francos belgas y luxemburgueses .....	396,136	396,930
1 florín holandés .....	72,712	72,858
1 corona danesa .....	20,864	20,906
1 libra irlandesa .....	199,663	200,063
100 escudos portugueses .....	80,399	80,559
100 dracmas griegas .....	56,311	56,423
1 dólar canadiense .....	105,085	105,295
1 franco suizo .....	96,848	97,042
100 yenes japoneses .....	132,767	133,033
1 corona sueca .....	17,692	17,728
1 corona noruega .....	18,847	18,885
1 marco finlandés .....	25,336	25,386
1 chelín austriaco .....	11,603	11,627
1 dólar australiano .....	100,578	100,780
1 dólar neozelandés .....	80,646	80,808

Madrid, 21 de febrero de 1994.—El Director general, Luis María Linde de Castro.

### UNIVERSIDADES

**4096** RESOLUCION de 12 de noviembre de 1993, de la Universidad de Lleida, por la que se publica el plan de estudios para la obtención del título de Licenciado en Medicina.

Homologado por el Consejo de Universidades el plan de estudios para la obtención del título de Licenciado en Medicina, mediante acuerdo de su Comisión Académica de fecha 28 de septiembre de 1992 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10, apartado 2 del Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.

Este Rectorado, ha resuelto publicar el plan de estudios de la Licenciatura de Medicina, que queda estructurado conforme figura en el siguiente anexo.

Lleida, 12 de noviembre de 1993.—El Rector, Jaume Porta Casanellas.

ANEXO 2-A. Contenido del plan de estudios.

UNIVERSIDAD LLEIDA  
 PLAN DE ESTUDIOS CONDUCENTES AL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN MEDICINA

1. MATERIAS TRONCALES

Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad en su caso, organiza / diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)
				Totales	Teóricos / Prácticos / clínicos		
1	2	Bases Psicológicas de los estados de salud y enfermedad (7T + 1A)	Psicología médica	8	4	Estructura y desarrollo de la personalidad. Funciones psíquicas. Relación Médico-enfermo. Aspectos Psicológicos de la Práctica Médica. Psicopatología General. Psicopatología Social. Laboral y de grupo. Medicina Psicosomática. Principios de Psicoterapia.	Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico. Psicobiología. Psicología Social. Psiquiatría
1	1	Desarrollo, morfología estructura y función de los aparatos y sistemas corporales en estado de salud (7OT+10A)	Sistema locomotor Sangre, líquidos corporales y sistemas excretor. Sistema cardiovascular Sistema respiratorio Sistema digestivo Metabolismo y endocrinología metabólica Sistema reproductor Neurobiología	16	8	8	Biología Celular. Bioquímica y Biología Molecular. Ciencias Morfológicas. Fisiología. Inmunología y Nutrición y Hematología
1	2			8	4		
1	2			10	5		
1	2			6	3		
1	2			7	4		
1	2			13	7		
1	2			6	4		
1	2			14	8		

1. MATERIAS TRONCALES							
Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad en su caso, organiza/diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)
				Totales	Teóricos / Prácticos / clínicos		
1	1	Epidemiología General y Demografía Sanitaria (4 T)	Introducción a la epidemiología	4	2	2	Medicina Preventiva y Salud Pública
1	1	Introducción a la Medicina y Metodología Científica (16 T)	Documentación médica Historia de la medicina Bioestadística	5	2	3	Biblioteconomía y Documentación, Estadística e Investigación Operativa Física Aplicada, Fisiología, Historia de la Ciencia, Medicina Preventiva y Salud Pública, Radiología y Medicina Física
1	1	Introducción a la Patología Causas, Mecanismo, Manifestaciones Generales y Expresión Morfológica de la Enfermedad. Bases del Diagnóstico y Tratamiento. (60T+9A)	Introducción a la cirugía Patología general Radiología Microbiología y Parasitología Farmacología Anatomía Patológica Inmunología	4	2	2	Anatomía Patológica, Cirugía, Farmacología, Inmunología, Medicina, Microbiología, Parasitología y Radiología y Medicina Física.
1	3			18	9	9	
1	3			8	2	6	
1	3			13	8	5	
1	3			10	8	2	
1	3			10	4	6	
1	3			6	3	3	

1. MATERIAS TRONCALES

Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad en su caso, organiza/diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)
				Totales	Teóricos/Prácticos/clínicos		
1	1	Morfología, estructura y funciones del organismo humano normal. Niveles Molecular, Celular, tisular y Orgánico (48T)	Bases Físicas de la fisiología Bioquímica estructural y enzimología. Bases anatómicas y embriología Genética molecular y humana Biología celular e histología general. Química de los compuestos Biológicos. Fisiología Celular Biología del Desarrollo	8	4 4	Bioquímica General y Biología Molecular. Fisicoquímica Biológica General. Bases Moleculares de la Estructura y Función Celular. Citología, embriología, histología y morfología general humanas. Fisiología celular y tisular. Genética Humana. Genética Molecular, Citogenética y Genética de poblaciones.	Biología Celular, Bioquímica y Biología Molecular. Ciencias Morfológicas, Fisiología y Genética.
1	1			10	5 5		
1	1			8	4.5 3.5		
1	1			4	3 1		
1	1			4	3 1		
1	2			4	2 2		
2	4	Medicina Legal y Toxicología.	Medicina Legal Toxicología	4.5	2.5 2	Problemas médico-legales del sujeto vivo y del cadáver. Tipos y Mecanismos de Muerte. Semiólogía cadavérica general. Toxicología Forense, Industrial y Ambiental. Aspectos éticos y legales del ejercicio de la Medicina.	Derecho Administrativo, Derecho Penal, Filosofía del Derecho, Moral y Política y Toxicología y Legislación Sanitaria
2	4	Deontología y Legislación Médica (9T)		4.5	2.5 2		

## 1. MATERIAS TRONCALES

Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad, en su caso, organiza/diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)	
				Totales	Teóricos/Prácticos/clínicos			
2	4	Medicina Preventiva y Salud Pública y Comunitaria (11.T)	Medicina Preventiva	11	5	6	Medicina Preventiva y Salud Pública.	
2	4	Medicina y Cirugía de Aparatos y Sistemas. Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades (126 T+ 11A)	Medicina y Cirugía de las enfermedades del sistema circulatorio. Medicina y cirugía de las enfermedades del sistema respiratorio. Medicina y cirugía de las enfermedades del sistema digestivo. Medicina y cirugía de las enfermedades del sistema nervioso. Medicina y cirugía de las enfermedades infecciosas Anatomía patológica médica I Farmacología médica Oftalmología Medicina I cirugía de las enfermedades del riñón y vías urinarias. Medicina y cirugía de las enfermedades de la sangre. Medicina y cirugía de las enfermedades del sistema locomotor.	6	4	2	Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Transmisibles y Crónicas. Salud Medio-Ambiental y Ocupacional. Administración Sanitaria: Planificación, Programación y Evaluación de Servicios. Sistema Social y Sistema Sanitario. Atención Primaria de Salud. Educación Sanitaria.  Aparato Circulatorio. Aparato Respiratorio. Aparato Digestivo. Aparato Locomotor. Sistema Excretor. Aparato Genital Masculino. Sistema Nervioso. Sistema Endocrino, Metabolismo y Nutrición. Sistema Hematopoyético. Sistema Inmune. Patología Infecciosa. Toxicología Clínica. Dermatología. Oftalmología. Otorrinolaringología. Oncología Clínica. Geriatría.	Anatomía Patológica, Cirugía, Farmacología, Inmunología, Medicina, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología, Nutrición y Bromatología, Radiología y Medicina Física y Toxicología y Legislación Sanitaria.
2	4			6	4	2		
2	4			8	6	2		
2	4			6	4	2		
2	4			6	4	2		
2	4			2.5	1.5	2		
2	4			5	2	3		
2	5			6	4	2		
2	5			6	4	2		
2	5			6	4	2		
2	5			8	6	2		



1. MATERIAS TRONCALES

Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad en su caso, organiza/diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)
				Totales	Teóricos/Prácticos/clínicos		
2	5		Medicina y cirugía de las enfermedades del sistema endocrino, metabolismo y nutrición.	7	5		
2	5		Anatomía patológica médica II	2,5	1,5		
2	5		Dermatología	6	4		
2	5		Otorrinolaringología	6	4		
2	6		Clinica médica	20			
2	6		Clinica quirúrgica	20			
2	6		Medicina primaria	10			
2	5	Obstetricia y Ginecología (18T+2A)	Obstetricia y Ginecología	10	7	Procesos Biológicos específicos de la Mujer. Gestación normal y patológica.	Anatomía Patológica, Farmacología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Radiología y Medicina Física
2	5		Clinica obstétrica y ginecológica	10		Enfermedades del Aparato Genital Femenino. Patología Prenatal y Perinatal. Reproducción Humana.	
2	5	Pediatría (22T+2A)	Pediatría	12	8	Crecimiento, Desarrollo y Nutrición Infantil.	Anatomía Patológica, Cirugía, Farmacología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología,
2	6		Clinica Pediátrica	12		Prevención, Clínica, Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento de las Enfermedades del Recién Nacido y del Niño. Ecología Pediátrica.	Pediatría, Psiquiatría y Radiología y Medicina Física.

**1. MATERIAS TRONCALES**

Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignaturas en las que la Universidad, en su caso, organiza/diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)			Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)
				Totales	Teóricos	Prácticos/ clínicos		
2	4	Psiquiatría (BT)	Psiquiatría	9	5	4	Fundamentos de los trastornos psíquicos. Clínica y Diagnóstico de los Síndromes Psiquiátricos Fundamentales. Terapéutica Psiquiátrica General. Psiquiatría de Enlace. Psiquiatría Social y Comunitaria.	Farmacología, Medicina Preventiva y Salud Pública y Psiquiatría.

ANEXO 2-B. Contenido del plan de estudios.

UNIVERSIDAD

LLEIDA

PLAN DE ESTUDIOS CONDUCENTES AL TÍTULO DE

LICENCIADO EN MEDICINA

**2. MATERIAS OBLIGATORIAS DE UNIVERSIDAD (en su caso) (1)**

Ciclo	Curso (2)	Denominación	Créditos anuales			Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (3)
			Totales	Teóricos	Prácticos/ clínicos		
1	2	Inglés Científico-Médico	4	2	2	Lexicografía Científica. Lectura. Traducción. Redacción en Inglés.	Filología Inglesa.
1	3	Anatomía Clínica	4	2	2	Anatomía Quirúrgica. Anatomía Topográfica	Ciencias Morfológicas. Cirugía.

2. MATERIAS OBLIGATORIAS DE UNIVERSIDAD (en su caso) (1)

Ciclo/ Curso (2)	Denominación	Créditos anuales		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (3)
		Totales	Prácticos/Clínicos		
2	4	5	3	Radiología y Técnicas afines aplicadas al diagnóstico.	Radiología y Medicina Física. Ciencias Morfológicas Medicina.
2	5	5	3	Epidemiología y diagnóstico de las enfermedades Genéticas. Terapia Génica. consejo Genético.	Cirugía. Genética. Medicina. Bioquímica y Biología Molecular.
2	6	5	2	Deontología. Médica y Científica. Principios y aplicaciones.	Toxicología y Legislación Sanitaria. Medicina. Cirugía.

(1) El libro de materias incluidas por la Universidad en el plan de estudios como obligatorias para el alumno.

(2) La calificación por cursos es opcional para la Universidad.

(3) libremente decidida por la Universidad.

ANEXO 2-C. Contenido del plan de estudios.

UNIVERSIDAD

LLEIDA

PLAN DE ESTUDIOS CONDUCENTES AL TITULO DE

LICENCIADO EN MEDICINA

3. MATERIAS OPTATIVAS (en su caso)

DEHOMINACION (2)	CREDITOS		BREVE DESCRIPCION DEL CONTENIDO	VINCLACION A AREAS DE CONOCIMIENTO (3)
	Totales	Prácticos/Clínicos		
Antropología Humana (1)	4	2	Origen y evolución del hombre Biología del comportamiento Ecología humana Antropología médica	Antropología. Biología Psicobiología Psicología Social

Créditos totales para optativas (1)

- por ciclo

- curso

5754

Martes 22 febrero 1994

BOE núm. 45

3. MATERIAS OPTATIVAS (en su caso)		CREDITOS		BREVE DESCRIPCION DEL CONTENIDO	VINCULACION A AREAS DE CONOCIMIENTO (3)
MEMORIALIZACION (2)	Teóricas	Prácticas /clínicas			
Bases metodológicas de la investigación científica (1)	4	2	2	Bases y métodos de la investigación biológica Bases y métodos de la investigación clínica	Biología Ciencias Morfológicas Fisiología, Medicina
Metodología en información médica (1)	4	2	2	Informática básica Inglés Básico	Lenguajes y Sistemas Informáticos Filología Inglesa
Salud y estilos de vida (1)	4	2	2	Salud, condiciones y estilos de vida sexualidad humana Fisiología de la actividad física	Fisiología Psicobiología Sociología
Salud y entorno (1)	4	2	2	Nutrición humana Salud ambiental	Nutrición y bromatología Fisiología, Biología Toxicología y legislación sanitaria
Problemas sanitarios de la comunidad (1)	4	2	2	Factores de riesgo cardiovascular Biología del envejecimiento Accidentes Patología molecular	Bioquímica y biología molecular Fisiología, Genética Medicina Cirugía
Tecnología en Biomedicina (1)	4	2	2	Tecnología en biomedicina Tecnología de medios diagnósticos Trasplante de órganos.	Fisiología, Biofísica Radiología y Medicina Física Medicina
Planos y administración de medicamentos (1)	4	2	2	Medicamentos e innovación farmacológica Tecnología de los medicamentos Psicofarmacología y drogodependencias Ensayos clínicos	Farmacología, Psicobiología Estadística e investigación operativa. Medicina preventiva y salud pública
Servicios de salud (2)	4	2	2	Economía sanitaria Modelos sanitarios Gestión sanitaria Responsabilidad médica	Economía aplicada Medicina preventiva y salud pública Toxicología y Legislación Sanitaria.
Laboratorio clínico (2)	4	2	2	Diagnóstico microbiológico Diagnóstico genotípico Bioquímica clínica	Microbiología Genética Bioquímica y Biología molecular

Créditos totales para optativas (1)

60

- por ciclo 32/28

- curso

3. MATERIAS OPTATIVAS (en su caso)		CREDITOS		BREVE DESCRIPCION DEL CONTENIDO	VINCLACION A AREAS DE CONOCIMIENTO (3)
		Totales	Teóricos /Prácticos /clínicos		
DENOMINACION (2)	Bases de la práctica clínica (2)	4	2	Organogénesis y malformaciones congénitas Biomecánica aplicada Inmunología clínica Bases de la Patogenicidad microbiana Trastornos somatomorfos	Medicina. Microbiología Fisiología Ciencias Morfológicas Psicología básica
	Técnicas asistenciales (2)	4	2	Entrevista clínica Técnicas asistenciales	Medicina. Cirugía Bioquímica y biología molecular
	Historia clínica (2)	4	2	Nutrición y dietética clínicas	Medicina. Bromatología y nutrición
	Aplicaciones clínicas específicas (2)	4	2	Geriatría Anestesiología y tratamiento del dolor Enfermedades de transmisión sexual	Medicina.
	Urgencias y medicina intensiva (2)	4	2	Medicina de urgencia Medicina intensiva	Medicina. Cirugía

Créditos totales para optativas (1)   
 - por ciclo   
 - curso

(1) Se expresará el total de créditos asignados para optativas y, en su caso, el total de los mismos por ciclo o curso.  
 (2) Se mencionará entre corchetes, tras la denominación de la optativa, el curso o ciclo que corresponda si el plan de estudios configura la materia como optativa de curso o ciclo.  
 (3) Fabricante decidida por la Universidad.

5. SE EXIGE TRABAJO O PROYECTO FIN DE CARRERA, O EXAMEN O PRUEBA GENERAL NECESARIA PARA OBTENER EL TÍTULO (6).

6. SE OTORGAN, POR EQUIVALENCIA, CREDITOS A:  
 (51) PRACTICAS EN EMPRESAS, INSTITUCIONES PUBLICAS O PRIVADAS, ETC.  
 (52) TRABAJOS ACADÉMICAMENTE DIRIGIDOS E INTEGRADOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS POR LA UNIVERSIDAD  
 (53) ESTUDIOS REALIZADOS EN EL MARCO DE CONVENIOS INTERNACIONALES SUSCRITOS POR LA UNIVERSIDAD  
 (54) OTRAS ACTIVIDADES

- EXPRESION, EN SU CASO, DE LOS CREDITOS OTORGADOS: 88  
 - EXPRESION DEL REFERENTE DE LA EQUIVALENCIA (Materias troncales, optativas, prácticas, etc.)  
 optativas, Teóricas y prácticas, 1 crédito.

7. AÑOS ACADÉMICOS EN QUE SE ESTRUCTURA EL PLAN, POR CICLOS: (9)

- 1º CICLO  AÑOS  
 - 2º CICLO  AÑOS

8. DISTRIBUCION DE LA CARGA LECTIVA GLOBAL POR AÑO ACADÉMICO.

AÑO ACADÉMICO	TOTAL	TEÓRICOS	PRACTICOS/ CLINICOS
1	89	45,5	43,5
2	90	49	42
3	90	47	43
4	81,5	45,5	36
5	82,5	55,5	27
6	89	8	81

(6) Si o No. Es decisión potestativa de la Universidad. En caso afirmativo, se consignaran los créditos en el precedente cuadro de distribución de los créditos de la carga lectiva global.

(7) Si o No. Es decisión potestativa de la Universidad. En el primer caso se especificará la actividad a la que se otorgan créditos por equivalencia.

(8) En su caso, se consignará "materias troncales", "obligatorias", "optativas", "trabajo fin de carrera", etc., así como la expresión del número de horas atribuido, por equivalencia, a cada crédito, y el carácter teórico o práctico de éste.

(9) Se expresará lo que corresponda según lo establecido en la directriz general segunda del R. D. de directrices generales propias del título de que se trate.

ANEXO 2.- ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD:

1. ESTRUCTURA GENERAL DEL PLAN DE ESTUDIOS

PLAN DE ESTUDIOS CONDUCTIVO A LA OBTENCION DEL TÍTULO GENERAL DE

(1)

2. ENSEÑANZAS DE  CICLO (2)

3. CENTRO UNIVERSITARIO RESPONSABLE DE LA ORGANIZACION DEL PLAN DE ESTUDIOS

(3)

4. CARGA LECTIVA GLOBAL  CREDITOS (4)

Distribución de los créditos

CICLO	CURSO	MATERIAS TRONCALES	MATERIAS OBLIGATORIAS	MATERIAS OPTATIVAS	CREDITOS LIBRE CONFIGURACION (5)	TRABAJO FIN DE CARRERA	TOTALES
1º CICLO	1	80		4	5		89
	2	76	4		10		90
	3	69	4	4	13		90
2º CICLO	4	68,5	5		8		81,5
	5	69,5	5		8		82,5
	6	72	5	4	8		89

(1) Se indica si lo debe corregir.

(2) Se indica la carga lectiva global otorgada en el R.D. 1497/87 (ver Anexo 2, 1º y 2º) y la carga lectiva global de los cursos de 1º y 2º ciclo.

(3) Se indica el Centro Universitario, la expresión de la norma de creación del mismo o de la proposición de la Administración concaucionada por la que se autoriza la implantación de las enseñanzas por dicho Centro.

(4) Dentro de los planes establecidos en el R.D. de directrices generales propias de los planes de estudios de dicho título de que se trate.

(5) Al menos el 10% de la carga lectiva "total".

fuerzo por llegar a una oferta de materias optativas suficientemente amplia.

7. Para acceder al segundo ciclo los alumnos deberán tener aprobadas la totalidad de las asignaturas diversificadas de las materias troncales y obligatorias de primer ciclo y al menos un 50 % de los créditos optativos del primer ciclo.

8. Los alumnos que, estando cursando el plan de estudios antiguo, opten por incorporarse al plan nuevo, podrán obtener las siguientes convalidaciones:

Asignatura Plan antiguo	Convalidada Plan 1993
Bioestadística	Bioestadística
Anatomía Humana I	Aparato locomotor/ Bases anatómicas. Embriología.
Bioquímica	Bioquímica estructural y enzimología.
Física Médica	Física Médica
Psicología Médica	Psicología Médica
Patología General	Patología General
Microbiología y Parasitología	Microbiología
Farmacología	Farmacología
Anatomía Patológica	Anatomía Patológica
Psiquiatría	Psiquiatría
Medicina Legal	Toxicología
Oftalmología	Oftalmología
Medicina Preventiva y Social	Medicina Preventiva
Otorrinolaringología	Otorrinolaringología
Obstetricia y Ginecología	Obstetricia y Ginecología
Pediatría	Pediatría
Dermatología	Dermatología

No será obligatorio cursar las materias optativas ni las de libre elección de cursos anteriores en caso de cambio de plan.

La superación de todas las asignaturas del plan antiguo supondrá la convalidación de todo el ciclo, en caso de cambio plan, a excepción de las troncales inexistentes en el plan antiguo (Historia de la Medicina, Documentación Médica, Introducción a la Epidemiología, Introducción a la Cirugía, Radiología).

II. ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS

- La Universidad deberá reestructurarse convenientemente a los siguientes extremos:
  - Regimen de acceso al 2º ciclo. Aplicable sólo al caso de enseñanzas de 2º ciclo o al 2º ciclo de enseñanzas de 1º y 2º ciclo, teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos 5º y 6º 2 del R.D. 1497/87.
  - Determinación, en su caso, de la ordenación temporal en el aprendizaje, fijando secuencias entre materias o asignaturas o entre conjuntos de ellas (artículo 9º.1. R.D. 1497/87).
  - Periodo de escolaridad mínimo, en su caso (artículo 9º.2. 4º R.D. 1497/87).
  - En su caso, mecanismos de convalidación y adaptación al nuevo plan de estudios para los alumnos que vinieran cursando el plan antiguo (artículo 11 R.D. 1497/87).
- Cuadro de asignación de la docencia de las materias troncales a áreas de conocimiento. Se cumplimentará en el supuesto a) de la Nota (5) del Anexo 2-A.
- La Universidad podrá añadir las aclaraciones que estime oportunas para acreditar el ajuste del plan de estudios a las previsiones del R.D. de directrices generales propias del título de que se trate (en especial, en lo que se refiere a la incorporación al mismo de las materias y contenidos troncales y de los créditos y áreas de conocimiento correspondientes según lo dispuesto en dicho R. D.), así como especificar cualquier decisión o criterio sobre la organización de su plan de estudios que estime relevante. En todo caso, estas especificaciones no constituyen objeto de homologación por el Consejo de Universidades.
- La docencia de materias troncales se asigna a las áreas de conocimiento según el Real Decreto 1414/1490, de 26 de Octubre, por el que se establece el Título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquel.
- Como señala el R/D 1497/1987 de directrices generales comunes para los planes de estudio, la carga lectiva no sobrepasa los 90 créditos por curso académico.
- El presente plan de estudios se adecua a las directrices mencionadas. El crédito teórico y práctico equivale a 10 horas.
- Los créditos de libre configuración representan el 10% del total. Estos créditos se obtendrán a lo largo del periodo de la Licenciatura, pudiendo el alumno modificar la distribución que se propone.
- Los créditos asignados a cada una de las asignaturas, se dividen en teóricos y prácticos según los porcentajes que marca el R/D 1417/1985 para las materias troncales.
- Las asignaturas optativas que oferta el plan de estudios se activarán periódicamente. Teniendo en cuenta las características de los estudios de Medicina y la situación geográfica del edificio de la Facultad, hemos considerado conveniente englobar como un grupo único las materias optativas y las de libre elección, por lo que el presente plan refleja un es-

**ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrer, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico, publicada al BOE núm 40/2008 de 15 de febrer de 2008**

BOE núm. 40

Viernes 15 febrero 2008

8351

**INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL MODELO 791**

Este impreso consta de tres ejemplares:

Uno, para ser presentado al Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas como justificante del ingreso, dentro de los quince días siguientes.

Uno, para el sujeto pasivo, que lo conservará como justificante del ingreso.

Uno, para la entidad de depósito donde efectuó el ingreso.

Plazo de presentación:

La presentación de la declaración-liquidación y el pago del importe de la deuda tributaria correspondiente, que deberá hacerse en efectivo, se realizarán en el plazo de los veinte primeros días naturales de los meses de abril, julio, octubre y enero en relación con el trimestre natural inmediato anterior, en las entidades colaboradoras en la recaudación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 y siguientes del Reglamento General de Recaudación, aprobado por el Real Decreto 939/2005, de 29 de julio.

Hecho imponible:

Constituye el hecho imponible de esta tasa el ejercicio por el Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas de las competencias a que se refiere el artículo 22.1 de la Ley 19/1988, de 12 de julio, de Auditoría de Cuentas, en relación con los informes de auditoría de cuentas emitidos por los auditores de cuentas y sociedades de auditoría.

A este respecto, tendrán la consideración de informes de auditoría de cuentas los emitidos por los auditores de cuentas y sociedades de auditoría como consecuencia de la realización de los trabajos que tengan la naturaleza de actividad de auditoría de cuentas conforme a lo establecido en el artículo 1 de la Ley 19/1988, de 12 de julio, de Auditoría de Cuentas.

Devengo:

La tasa se devengará el último día de cada trimestre natural, con relación a los informes de auditoría emitidos o fechados en cada trimestre. En los supuestos de baja como auditores ejercientes o baja de sociedades en el Registro Oficial de Auditores de Cuentas en fecha distinta a la de finalización del trimestre natural, la tasa se devengará asimismo el último día de dicho trimestre.

Sujeto pasivo. Identificación:

Serán sujetos pasivos de esta tasa los auditores de cuentas y sociedades de auditoría inscritos en la situación de ejercientes en el Registro Oficial de Auditores de Cuentas del Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas, que emitan informes de auditoría de cuentas en cada período impositivo.

En este apartado se harán constar los datos identificativos del auditor o sociedad de auditoría.

Cuota tributaria. Autoliquidación:

La cuota tributaria de esta tasa consistirá en una cantidad fija de 88,32 euros por cada informe de auditoría emitido. Dicha cuantía fija será de 176,65 euros en el caso de que los honorarios facturados por el informe de auditoría emitido sea superior a 30.000 euros.

En la casilla (a) se consignará el número de informes emitidos cuyos honorarios no superen los 30.000 euros. El resultado de multiplicar este número por la cantidad fija de 88,32 euros se trasladará a la casilla (A).

En la casilla (b) se consignará el número de informes emitidos cuyos honorarios sean superiores a 30.000 euros. El resultado de multiplicar este número por la cantidad fija de 176,65 euros se trasladará a la casilla (B).

La cuota tributaria (C) será la suma de las casillas (A) y (B).

Ingreso:

A la casilla I se trasladará la cantidad reflejada en la casilla (C), y corresponderá a la cantidad a ingresar a través de la entidad colaboradora.

Importante:

Una vez efectuado el ingreso, el auditor o sociedad de auditoría remitirá una copia del modelo 791 al Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas dentro de los quince días a partir de la fecha del ingreso

## MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

**2674** *ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico.*

La disposición adicional novena del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, establece que el Ministerio de Educación y Ciencia precisará los contenidos de su anexo I a los que habrán de ajustarse las solicitudes presentadas por las universidades para la obtención de la verificación de los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos oficiales de Grado o de Máster, prevista en su artículo 24, que habiliten para el ejercicio de profesiones reguladas.

La legislación vigente conforma la profesión de Médico como profesión regulada cuyo ejercicio requiere estar en posesión del correspondiente título oficial de Grado, obtenido, en este caso, de acuerdo con lo previsto en el artículo 12.9 del referido Real Decreto 1393/2007, conforme a las condiciones establecidas en el Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de diciembre de 2007, publicado en el Boletín Oficial del Estado de 21 de diciembre de 2007.

Dicho Acuerdo, en su apartado cuarto, en relación con la disposición adicional novena anteriormente citada, encomienda al Ministro de Educación y Ciencia el establecimiento de los requisitos respecto a objetivos del título y planificación de las enseñanzas.

Por lo tanto, a la vista de las disposiciones citadas, una vez oídos los colegios y asociaciones profesionales interesados, resulta procedente establecer los requisitos a los que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico, que presenten las universidades para su verificación por el Consejo de Universidades.

En su virtud, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Consejo de Universidades, dispongo:

Primero. *Requisitos de los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico.*—Los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico, deberán cumplir, además de lo previsto en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, los requisitos respecto a los apartados del Anexo I del mencionado Real Decreto que se señalan en el Anexo a la presente Orden.

Segundo. *Habilitación de aplicación y desarrollo.*—Se autoriza a la Dirección General de Universidades para



dictar las resoluciones necesarias para la aplicación y el desarrollo de la presente Orden.

Tercero. *Entrada en vigor.*—La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Madrid, 13 de febrero de 2008.—La Ministra de Educación y Ciencia, Mercedes Cabrera Calvo-Sotelo.

#### ANEXO

**Establecimiento de requisitos respecto a determinados apartados del anexo I del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, relativo a la memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales**

Apartado 1.1 *Denominación.*—La denominación de los títulos deberá ajustarse a lo dispuesto en el apartado segundo del Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de diciembre de 2007 por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Médico, publicado en el Boletín Oficial del Estado de 21 de diciembre de 2007, mediante Resolución del Secretario de Estado de Universidades e Investigación, de 17 de diciembre de 2007, y a lo dispuesto en la presente Orden. Así:

1. La denominación de los títulos universitarios oficiales a los que se refiere el apartado anterior, deberá facilitar la identificación de la profesión para cuyo ejercicio habilita y, en ningún caso, podrá conducir a error o confusión sobre sus efectos profesionales.

2. No podrá ser objeto de verificación por parte del Consejo de Universidades ningún plan de estudios correspondiente a un título universitario oficial cuya denominación incluya la referencia expresa a la profesión de Médico sin que dicho título cumpla las condiciones establecidas en el referido Acuerdo y en la presente Orden.

3. Ningún título podrá utilizar la denominación de Graduado o Graduada en Medicina sin cumplir las condiciones establecidas en dicho Acuerdo y en la presente Orden.

Apartado 3. *Objetivos.*—Competencias que los estudiantes deben adquirir:

A) Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos:

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.

2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.

3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.

5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

B) Fundamentos científicos de la medicina:

7. Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánico y de sistemas, en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos.

8. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.

9. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.

10. Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.

11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.

12. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.

C) Habilidades clínicas:

13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.

14. Realizar un examen físico y una valoración mental.

15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.

16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato y aquellas otras que exigen atención inmediata.

17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aplicando los principios basados en la mejor información posible y en condiciones de seguridad clínica.

18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.

19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

20. Adquirir experiencia clínica adecuada en instituciones hospitalarias, centros de salud u otras instituciones sanitarias, bajo supervisión, así como conocimientos básicos de gestión clínica centrada en el paciente y utilización adecuada de pruebas, medicamentos y demás recursos del sistema sanitario.

D) Habilidades de comunicación:

21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.

22. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.

23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.

24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

E) Salud pública y sistemas de salud:

25. Reconocer los determinantes de salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del sexo y estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.

26. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.

28. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.

29. Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.

30. Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y de legislación sanitaria.

## F) Manejo de la información:

31. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.

32. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

33. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

## G) Análisis crítico e investigación:

34. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.

35. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.

36. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

37. Adquirir la formación básica para la actividad investigadora.

Apartado 5. *Planificación de las enseñanzas.*—Los títulos a que se refiere el presente acuerdo son enseñanzas universitarias oficiales de Grado, y sus planes de estudios tendrán una duración de 360 créditos europeos a los que se refiere el artículo 5 del mencionado Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre.

El plan de estudios deberá incluir como mínimo, los siguientes módulos:

Módulo	N.º de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
Morfología, Estructura y Función del Cuerpo Humano.	64	<p>Conocer la estructura y función celular. Biomoléculas. Metabolismo. Regulación e integración metabólica. Conocer los principios básicos de la nutrición humana. Comunicación celular. Membranas excitables. Ciclo celular. Diferenciación y proliferación celular. Información, expresión y regulación génica. Herencia. Desarrollo embrionario y organogénesis. Conocer la morfología, estructura y función de la piel, la sangre, aparatos y sistemas circulatorio, digestivo, locomotor, reproductor, excretor y respiratorio; sistema endocrino, sistema inmune y sistema nervioso central y periférico. Crecimiento, maduración y envejecimiento de los distintos aparatos y sistemas. Homeostasis. Adaptación al entorno.</p> <p>Manejar material y técnicas básicas de laboratorio. Interpretar una analítica normal. Reconocer con métodos macroscópicos, microscópicos y técnicas de imagen la morfología y estructura de tejido, órganos y sistemas. Realizar pruebas funcionales, determinar parámetros vitales e interpretarlos. Exploración física básica.</p>
Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación.	30	<p>Conocer los fundamentos legales del ejercicio de la profesión médica. Consentimiento informado. Confidencialidad. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo del daño físico y mental. Implicaciones sociales y legales de la muerte. Conocer y reconocer la evolución normal del cadáver. Diagnóstico postmortem. Fundamentos de criminología médica. Ser capaz de redactar documentos médico-legales.</p> <p>Conocer los fundamentos de la ética médica. Bioética. Resolver conflictos éticos. Aplicar los valores profesionales de excelencia, altruismo, sentido del deber, responsabilidad, integridad y honestidad al ejercicio de la profesión. Reconocer la necesidad de mantener la competencia profesional. Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura.</p> <p>Conocer los principios y aplicar los métodos propios de la medicina preventiva y la salud pública. Factores de riesgo y prevención de la enfermedad. Reconocer los determinantes de salud de la población. Indicadores sanitarios. Planificación, programación y evaluación de programas de salud. Prevención y protección ante enfermedades, lesiones y accidentes. Evaluación de la calidad asistencial y estrategias de seguridad del paciente. Vacunas. Epidemiología. Demografía. Conocer la planificación y administración sanitaria a nivel mundial, europeo, español y autonómico. Conocer las implicaciones económicas y sociales que comporta la actuación médica, considerando criterios de eficacia y eficiencia. Salud y medioambiente. Seguridad alimentaria. Salud laboral.</p> <p>Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las tecnologías y fuentes de información clínica y biomédica, para obtener, organizar, interpretar y comunicar información clínica, científica y sanitaria. Conocer los conceptos básicos de bioestadística y su aplicación a las ciencias médicas. Ser capaz de diseñar y realizar estudios estadísticos sencillos utilizando programas informáticos e interpretar los resultados. Entender e interpretar los datos estadísticos en la literatura médica. Conocer la historia de la salud y la enfermedad. Conocer la existencia y principios de las medicinas alternativas. Manejar con autonomía un ordenador personal. Usar los sistemas de búsqueda y recuperación de la información biomédica. Conocer y manejar los procedimientos de documentación clínica. Comprender e interpretar críticamente textos científicos. Conocer los principios del método científico, la investigación biomédica y el ensayo clínico. Conocer los principios de la telemedicina. Conocer y manejar los principios de la medicina basada en la (mejor) evidencia. Conocer los aspectos de la comunicación con pacientes, familiares y su entorno social: Modelos de relación clínica, entrevista, comunicación verbal, no verbal e interferencias. Dar malas noticias. Redactar historias, informes, instrucciones y otros registros, de forma comprensible a pacientes, familiares y otros profesionales. Realizar una exposición en público, oral y escrita, de trabajos científicos y/o informes profesionales.</p>

Módulo	N.º de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
Formación Clínica Humana.	100	<p>Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías de la piel. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías de la sangre. Embarazo y parto normal y patológico. Puerperio. Enfermedades de transmisión sexual. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas. Contracepción y fertilización. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías oftalmológicas. Conocer la enfermedad tumoral, su diagnóstico y manejo. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías de oído, nariz y garganta. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías cardiocirculatorias. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías del aparato digestivo. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías nefrouriñarias. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías del aparato locomotor. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías del aparato respiratorio. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías del sistema endocrino. Patologías de la nutrición. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías del sistema nervioso central y periférico. Conocer los principales agentes infecciosos y sus mecanismos de acción. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías infecciosas en los distintos órganos y aparatos. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías del sistema inmune. Conocer las características morfofuncionales del recién nacido, el niño y el adolescente. Crecimiento. Recién nacido prematuro. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías pediátricas. Nutrición infantil. Diagnóstico y consejo genético. Desarrollo cognitivo, emocional y psicosocial en la infancia y adolescencia. Conocer los fundamentos biológicos, psicológicos y sociales de la personalidad y la conducta. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de los trastornos psiquiátricos. Psicoterapia. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales intoxicaciones. Medicina paliativa. Reconocer las características de la patología prevalente en el anciano. Medicina familiar y comunitaria: entorno vital de la persona enferma, promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las situaciones de riesgo vital.</p> <p>Saber hacer una anamnesis completa, centrada en el paciente y orientada a las diversas patologías, interpretando su significado. Saber hacer una exploración física por aparatos y sistemas, así como una exploración psicopatológica, interpretando su significado. Saber valorar las modificaciones de los parámetros clínicos en las diferentes edades. Exploración y seguimiento del embarazo. Establecer un plan de actuación, enfocado a las necesidades del paciente y el entorno familiar y social, coherente con los síntomas y signos del paciente. Saber hacer maniobras de soporte vital básico y avanzado.</p>
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos.	40	<p>Valorar la relación riesgo/beneficio de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Conocer las indicaciones de las pruebas bioquímicas, hematológicas, inmunológicas, microbiológicas, anatomopatológicas y de imagen. Conocer las características de los tejidos en las diferentes situaciones de lesión, adaptación y muerte celular. Inflamación. Alteraciones del crecimiento celular. Anatomía patológica de los diferentes aparatos y sistemas. Marcadores bioquímicos, citogenéticos y de biología molecular aplicados al diagnóstico clínico. Conocer los fundamentos de la microbiología y la parasitología. Conocer las principales técnicas de diagnóstico microbiológico y parasitológico e interpretar los resultados. Conocer los fundamentos de la interacción de las radiaciones con el organismo humano. Imagen radiológica. Semiología radiológica básica de los diferentes aparatos y sistemas. Conocer otras técnicas de obtención de imagen diagnóstica. Valorar las indicaciones y contraindicaciones de los estudios radiológicos. Tener la capacidad de aplicar los criterios de protección radiológica en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con radiaciones ionizantes. Conocer los principales grupos de fármacos, dosis, vías de administración y farmacocinética. Interacciones y efectos adversos. Prescripción y farmacovigilancia. Farmacología de los diferentes aparatos y sistemas. Fármacos analgésicos, antineoplásicos, antimicrobianos y antiinflamatorios. Conocer los principios generales de la anestesia y reanimación. Nutrición y dietoterapia. Conocer las indicaciones principales de las técnicas electrofisiológicas (ECG, EEG, EMG, y otras). Conocer la fisiopatología de las heridas (incluyendo quemaduras, congelaciones y otros tipos de heridas). Cicatrización. Hemorragia quirúrgica y profilaxis tromboembólica. Conocer las indicaciones quirúrgicas generales, el riesgo preoperatorio y las complicaciones postoperatorias. Transfusiones y trasplantes. Conocer los principios e indicaciones de la radioterapia. Conocer los fundamentos de la rehabilitación, de la promoción de la autonomía personal, de la adaptación funcional del/al entorno, y de otros procedimientos físicos en la morbilidad, para la mejora de la calidad de vida.</p> <p>Saber cómo obtener y procesar una muestra biológica para su estudio mediante los diferentes procedimientos diagnósticos. Saber interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas del laboratorio. Manejar las técnicas de desinfección y esterilización. Saber interpretar mediante lectura sistemática una imagen radiológica. Saber utilizar los diversos fármacos adecuadamente. Saber como realizar e interpretar un electrocardiograma y un electroencefalograma. Redactar correctamente recetas médicas, adaptadas a la situación de cada paciente y los requerimientos legales. Valorar el estado nutricional y elaborar una dieta adecuada a las distintas circunstancias. Practicar procedimientos quirúrgicos elementales: limpieza, hemostasia y sutura de heridas.</p>

Módulo	N.º de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado.	60	Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales y que permita incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, así como la atención a los problemas de salud más prevalentes en las áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría y otras áreas clínicas. Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.



