



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

2024-2025

**“Conocimientos y actitudes sobre los cuidados al final
de la vida de los profesionales de enfermería”**

Victoria Fernández López

Mayo 2025

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

2024-2025

**“Conocimientos y actitudes sobre los cuidados al final
de la vida de los profesionales de enfermería”**

Trabajo Fin de Grado

Victoria Fernández López Alba Maestro González David Zuazua Rico

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Concepto de cuidados paliativos y al final de la vida	7
1.2. Concepto de muerte y visión de los profesionales de enfermería	9
1.3. Estado actual del tema y justificación	11
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGÍA.....	15
3.1 Tipo de estudio.....	15
3.2 Lugar y tiempo de estudio	15
3.3 Población a estudio	15
3.4 Instrumento	16
3.5 Variables del estudio	17
3.6. Procedimiento de recogida de datos	19
3.7 Análisis de los datos.....	19
3.8 Aspectos éticos y legales	20
3.9 Limitaciones o sesgos	21
4. CRONOGRAMA	22
5. PRESUPUESTO.....	23
6. BIBLIOGRAFÍA.....	24
7. ANEXOS.....	28

1. INTRODUCCIÓN

En la última década, el papel de los cuidados paliativos y al final de la vida ha cobrado una relevancia creciente en el ámbito de la atención sanitaria. Aunque los avances en la medicina moderna han permitido un progreso considerable en el tratamiento y curación de múltiples enfermedades, (1) un número significativo de personas sigue afectado por enfermedades crónicas y sin cura conocida, como las patologías cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos degenerativos y cáncer, las cuales tienen un impacto considerable en la calidad de vida diaria de los pacientes.(2)

Estas enfermedades, a menudo de curso prolongado e incurable, no solo afectan el estado físico de los individuos, sino que también generan un impacto emocional, social y psicológico, tanto en los pacientes como en sus familias. En este contexto, los cuidados paliativos surgen como un componente esencial para aliviar el sufrimiento asociado a estas condiciones, proporcionando un enfoque integral que va más allá del tratamiento médico, al enfocarse en el manejo de síntomas físicos y el apoyo emocional y espiritual.(3)

Sin embargo, en muchos entornos clínicos, continúan siendo subestimados o se implementan de manera insuficiente y tardía. Esto se debe, en gran medida, a la falta de formación y sensibilización sobre su importancia y a la persistencia de una visión curativa que, en ocasiones, retrasa la introducción de estos cuidados hasta fases avanzadas de la enfermedad. Esta implementación tardía limita su efectividad y reduce el impacto positivo que podrían tener en la calidad de vida de los pacientes desde estadios más tempranos. (1,4)

Su integración en los sistemas de atención sanitaria es fundamental para mejorar la experiencia del paciente y garantizar una atención más humana y respetuosa. Es crucial, por tanto, sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la relevancia de

estos cuidados e impulsar políticas que favorezcan su inclusión y financiamiento como parte integral de la atención sanitaria. Estas políticas deberían incluir la capacitación en cuidados paliativos para los profesionales de la salud, el desarrollo de protocolos de atención que integren estos cuidados desde etapas iniciales de la enfermedad y la creación de unidades especializadas en paliativos dentro de los hospitales y en atención primaria.

Además, la sensibilización y educación del público sobre los beneficios de los cuidados paliativos ayudarían a reducir el estigma y los conceptos erróneos en torno a estos servicios, que a menudo se asocian únicamente con la fase terminal de la enfermedad. Su incorporación temprana, en realidad, tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes, al facilitar un manejo adecuado del dolor y de otros síntomas, promover el bienestar emocional y reducir la necesidad de intervenciones agresivas que, en muchos casos, no contribuyen al confort del paciente.(1)

1.1. Concepto de cuidados paliativos y al final de la vida

Al abordar temas de atención en el contexto de enfermedades avanzadas o terminales, es frecuente que se empleen indistintamente los términos “cuidados paliativos” y “cuidados al final de la vida”, debido en gran medida al desconocimiento sobre estos conceptos y sus objetivos diferenciados. Aunque ambos comparten ciertos aspectos, comprender sus diferencias resulta fundamental para una atención adecuada y humanizada. En términos generales, los cuidados al final de la vida representan la fase última dentro del marco más amplio de los cuidados paliativos, estando así contenidos en estos últimos.(1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un “planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal”.(5) Este tipo de cuidados busca prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la

identificación temprana, evaluación y tratamiento adecuado del dolor, así como de otros problemas de índole física, psicosocial o espiritual. (5) Esta visión holística de los cuidados paliativos permite un enfoque integral de atención, cuyo propósito principal no es curar la enfermedad, sino optimizar el bienestar físico y emocional de los pacientes y sus familias.

Un aspecto distintivo de los cuidados paliativos es que no excluyen la posibilidad de tratamientos curativos o terapias dirigidas a prolongar la vida, como la quimioterapia o ciertos fármacos, siempre que estos resulten beneficiosos para el paciente y mejoren su calidad de vida.(6) En esta fase, los cuidados paliativos pueden complementar los tratamientos tradicionales, ofreciendo un apoyo integral que ayuda a los pacientes a enfrentar los desafíos físicos y emocionales de su enfermedad, sin renunciar a otras opciones terapéuticas cuando estas aún son efectivas.

Sin embargo, cuando los tratamientos dirigidos a curar o prolongar la vida dejan de tener beneficios claros y las probabilidades de éxito son escasas, se suspende esta atención curativa. En ese momento, el enfoque cambia hacia el confort y bienestar del paciente, iniciando así los cuidados al final de la vida, que son una fase específica dentro de los cuidados paliativos.

Estos se inician cuando el estado de salud del paciente se encuentra en una fase avanzada y sin posibilidad de recuperación, y su expectativa de vida es limitada. El propósito principal de esta fase es maximizar la calidad de vida y proporcionar una muerte digna, libre de sufrimiento innecesario. La atención se centra en el control de los síntomas físicos (como el dolor, la disnea o las náuseas) y en el apoyo emocional y espiritual, tanto para el paciente como para sus familiares y seres queridos. Durante esta etapa, los profesionales de la salud priorizan la dignidad y el respeto hacia el paciente, asegurando que sus necesidades y deseos se tomen en cuenta para

favorecer una experiencia de fin de vida lo más satisfactoria y menos dolorosa posible.

(7)

Diversos estudios han demostrado que la inclusión de los cuidados paliativos integrales como parte de la estrategia terapéutica mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes. Además, se ha observado que el bienestar y la satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares aumentan de forma significativa con esta atención. (5,8–11) En términos de eficiencia en el sistema de salud, la implementación temprana de los cuidados paliativos contribuye a reducir los costos sanitarios al minimizar las visitas a los servicios de urgencias y reducir las hospitalizaciones, incluidas las estancias en la unidad de cuidados intensivos. Esto se traduce en un menor uso de recursos hospitalarios y en una atención más centrada en el confort y la calidad de vida, evitando hospitalizaciones y tratamientos invasivos innecesarios.(12,13)

Aunque la principal meta de los cuidados paliativos no es prolongar la vida, algunas investigaciones han sugerido que los pacientes que reciben cuidados paliativos tempranos pueden experimentar un ligero aumento en su supervivencia. (14–17) Este efecto podría deberse a una mejora en el control de los síntomas, una reducción del estrés, y un mejor bienestar general, aspectos que contribuyen a fortalecer la capacidad del organismo para afrontar la enfermedad. Aunque esta posible prolongación de la vida no es el objetivo principal, podría representar un incentivo para iniciar los cuidados paliativos de manera temprana en pacientes con enfermedades graves.(13)

1.2. Concepto de muerte y visión de los profesionales de enfermería

Para los profesionales sanitarios, y en especial para el personal de enfermería, afrontar la muerte se ha convertido en una parte integral de su labor cotidiana, dado que son los responsables de proporcionar cuidados integrales no solo al paciente, sino

también a sus familiares. (18) Se trata de un proceso natural e inherente a la experiencia humana, representa la única certeza de la vida. Sin embargo, las actitudes y percepciones sobre ella han cambiado de manera significativa a lo largo de la historia. En tiempos antiguos, la muerte se experimentaba como una fase más de la existencia humana, y su ocurrencia en entornos familiares contribuía a su aceptación como un hecho natural y compartido.(19)

En el último siglo, sin embargo, la muerte ha pasado a ser un evento altamente medicalizado, asociado casi exclusivamente al ámbito hospitalario y, en consecuencia, ajeno a la experiencia diaria de la mayoría de la sociedad. Este distanciamiento ha contribuido a la "tabuización" de la muerte y ha fomentado una visión de ella cargada de temor y ansiedad. Tanto los profesionales de la salud como la población general experimentan miedo y ansiedad ante la muerte propia o de un ser querido. De aquí surge la importancia de educar a las sociedades en la "conciencia de muerte", es decir, en la aceptación de este aspecto como parte natural de la vida, lo cual puede ayudar a reducir el estigma en torno a este proceso inevitable.(19)

El personal de enfermería enfrenta la muerte de manera regular y, a pesar de su contacto habitual con esta realidad, los profesionales también experimentan sensaciones negativas ante ella. (20) La idea de la muerte suscita una variedad de actitudes y emociones, entre las que predominan la ansiedad, el miedo y, en algunos casos, la depresión. Este rechazo hacia la muerte también se observa en el entorno sanitario, como consecuencia de una formación académica y profesional centrada principalmente en la curación, lo que conduce a percibir la muerte como un "fracaso profesional" cuando esta resulta inevitable.(21)

Los cuidados paliativos y al final de la vida brindan a los profesionales la oportunidad de formar parte de una experiencia tan íntima como es la muerte. Sin embargo, suponen una gran fuente de ansiedad para las enfermeras y enfermeros debido a la

estrecha convivencia con este acontecimiento. Se ha demostrado que la ansiedad ante la muerte disminuye la capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles y aumenta los niveles de estrés, pudiendo llevar esto al desarrollo del síndrome de burnout. Este síndrome genera en los profesionales un sentimiento de fatiga constante que afecta de forma muy negativa al cuidado de los pacientes moribundos.(22)

1.3. Estado actual del tema y justificación

Dado que el personal de enfermería es el que pasa más tiempo en contacto directo con el paciente, cumple un rol fundamental en la identificación temprana y eficaz de sus necesidades. La profesión enfermera implica múltiples funciones que van desde el cuidado físico hasta la educación y el acompañamiento emocional a lo largo del ciclo vital del paciente. Esta cercanía permite identificar de manera precisa la necesidad de sedación paliativa, participando activamente en la toma de decisiones sobre su administración y monitorización, y brindando un apoyo integral tanto al paciente como a sus familiares en momentos críticos.(23)

A pesar de la importancia de estos cuidados, muchos enfermeros no reciben una formación específica en cuidados paliativos y al final de la vida, lo que genera carencias en su capacidad para gestionar diversos aspectos emocionales, psicológicos y físicos de estos cuidados. Esta carencia puede limitar el apoyo integral que los profesionales deberían brindar, ya que la atención en este contexto requiere una comprensión no solo de los síntomas físicos, sino también de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales de los pacientes y sus familias.(24,25)

Asimismo, entre los profesionales persisten ciertas confusiones entre los conceptos de cuidados paliativos y eutanasia. Mientras que los cuidados paliativos se centran en prevenir y aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familias en todas las dimensiones del bienestar (física, social, emocional y espiritual), la eutanasia implica la acción deliberada para producir la muerte del paciente en un contexto de sufrimiento

irreversible. En España, la Ley Orgánica 3/2021 (26) define la eutanasia como “la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”. Un estudio reciente reveló que el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos es muy básico entre algunos profesionales, y aún menor respecto a la eutanasia, lo cual contribuye a generar confusiones que impactan negativamente en la práctica clínica. (27)

Las actitudes de los profesionales de enfermería hacia los cuidados paliativos y al final de la vida influyen directamente en la calidad de los cuidados que brindan. Diversos estudios recientes han demostrado que las enfermeras con actitudes positivas hacia estos cuidados logran mejores resultados en términos de alivio del dolor y satisfacción de las necesidades de pacientes y familiares. Por el contrario, aquellas con actitudes negativas tienden a evitar discusiones sobre el pronóstico o la muerte, lo cual repercute en una gestión menos efectiva de los síntomas de angustia y ansiedad en los pacientes. Estas actitudes están influidas por múltiples factores, como la formación previa, las experiencias personales, el entorno laboral, las condiciones de trabajo, y las creencias personales sobre la muerte, las cuales pueden variar significativamente en función de la religión, cultura y contexto social. (28–33)

La experiencia laboral y los conocimientos sólidos son fundamentales para que los profesionales de la salud eviten concepciones erróneas y errores en la toma de decisiones en torno a dichos cuidados. (27) Para garantizar una mejora en la calidad de la atención, es fundamental que las instituciones sanitarias, educativas y gubernamentales impulsen programas de capacitación específicos en estos cuidados. La promoción de estudios e investigaciones sobre el papel del personal de enfermería

en cuidados paliativos es igualmente crucial, dado que este colectivo desempeña un rol indispensable en la atención integral y en el apoyo emocional y físico al paciente y sus familiares.(5)

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar el nivel de conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería con relación a los cuidados paliativos y atención al final de la vida.

Objetivo secundario

Analizar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería sobre los cuidados paliativos y al final de la vida y las variables sociodemográficas, laborales y formativas.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, transversal, analítico.

3.2 Lugar y tiempo de estudio

Este estudio se desarrollará en los servicios sanitarios de atención primaria y especializada del área sanitaria IV del Principado de Asturias entre el 3 de octubre y el 30 de diciembre de 2025.

3.3 Población a estudio

Los criterios de inclusión serán:

- Profesionales de enfermería que ejerzan en el área IV del Sistema de Salud del Principado de Asturias.
- Participación voluntaria en el estudio.

Los criterios de exclusión serán:

- Aquellos cuestionarios mal cumplimentados, incompletos o que no aporten información relevante para el análisis. Se incluyen:
 - Cuestionarios donde se han escogido múltiples opciones de respuesta en cuestiones de respuesta única.
 - Respuestas contradictorias o ilógicas que incumplan las instrucciones.
 - Cuestionarios con más del 20% de las cuestiones sin responder respecto al total de preguntas que afecte a la fiabilidad del estudio.
 - Cualquier otro tipo de error que impida el uso de los cuestionarios para el análisis.

3.4 Instrumento

Se creó una hoja de recogida de datos (Anexo 1) en la que se incluyeron cuestiones de carácter sociodemográfico y laboral de los sujetos de interés en relación con los factores a estudio, junto con las escalas Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN) (34) y Frommelt Attitudes Toward Care of Dying (FATCOD) (35) en su versión en castellano.

La escala FATCOD fue desarrollada por KH Frommelt en 1991 con el objetivo de medir las actitudes de los profesionales de enfermería hacia la atención y cuidado de los pacientes en situación terminal y sus familias (Forma A).(36) En 2003 el propio autor publicó una nueva versión de la escala, la forma B, con pequeñas modificaciones que permite la aplicación de dicha escala a personas de cualquier ámbito que estén en contacto con este tipo de pacientes. Esta escala ha sido traducida y validada en numerosos idiomas, entre los que se incluye desde 2017 el español, cuya fiabilidad, medida mediante el Alpha de Cronbach, es de 0,76.(35)

La escala consta de 30 ítems tipo Likert, de los cuales 15 están formulados en positivo y 15 en negativo. Cada ítem se puntúa en una escala de 1 a 5, donde 1 representa "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo". En cuanto a su contenido, dos tercios de los ítems evalúan las actitudes de los profesionales de enfermería hacia los pacientes en fase terminal, mientras que el tercio restante se centra en sus actitudes hacia las familias de dichos pacientes. La puntuación total de la escala oscila entre 30 y 150 puntos, de modo que valores más altos reflejan actitudes más positivas hacia los cuidados paliativos y la atención al final de la vida. (35)

Por otro lado, la escala PCQN fue desarrollada en 1996 con el objetivo de averiguar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales de enfermería respecto a los cuidados paliativos, para así determinar la necesidad de programas formativos en este campo.(37) En este estudio utilizaremos la escala adaptada y validada al castellano cuyo Alpha de Cronbach es de 0,67.(34)

La escala consta de 20 ítems con tres opciones de respuesta (verdadero/falso/no lo sé) que engloban tres dimensiones de los cuidados paliativos: 4 ítems hacen referencia a la filosofía y los principios de estos cuidados, 13 ítems al control del dolor y otros síntomas y 3 ítems a las esferas psicosocial y espiritual. La puntuación máxima de esta escala es de 20 puntos, siendo 1 punto cada pregunta respondida de manera correcta y 0 puntos aquellas incorrectas o marcadas en la opción “no lo sé”. En función de los resultados obtenidos se clasificó el nivel de conocimientos en tres categorías:

- Nivel bajo de conocimientos: menos del 60% de las respuestas son correctas (0-11 aciertos)
- Nivel medio de conocimientos: entre el 60% y el 80% de las respuestas son correctas (12-16 aciertos)
- Nivel alto de conocimientos: más del 80% de las respuestas son correctas (17-20 aciertos)(34)

3.5 Variables del estudio

- Variables independientes:

-Sociodemográficas

- Sexo: variable cualitativa nominal categorizada en dos opciones: hombre/mujer.
- Edad: variable cuantitativa discreta. Pregunta de respuesta abierta, para responder en años.
- Estado civil: variable cualitativa nominal categorizada en cinco opciones: casado/divorciado/en pareja/soltero/viudo.

-Laborales

- Área de trabajo: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: atención primaria/atención especializada
- Años de experiencia laboral: variable cuantitativa discreta. Pregunta de respuesta abierta, para responder en años.
- Experiencia previa en situaciones de muerte: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí/no.
- Experiencia previa en el área de cuidados paliativos: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí/no.

-Educativas

- Nivel máximo de estudios alcanzado: variable cualitativa nominal categorizada en cinco opciones: diplomatura/grado/máster/especialista/doctorado
- Formación recibida en cuidados paliativos: variable cualitativa ordinal categorizada en cinco opciones: ninguna formación/formación básica/formación intermedia/formación avanzada/formación autodidacta.
- Universidad en la que cursó los estudios: variable cualitativa nominal. Pregunta de respuesta abierta, para responder el nombre de la universidad.
- Variables dependientes:
 - Actitudes de las enfermeras y enfermeros hacia el cuidado de pacientes en situación terminal y sus familias: variable cuantitativa ordinal medida mediante la aplicación de la escala *Frommelt Attitudes Toward Care of Dying (FATCOD)*. La puntuación oscila entre 30 puntos hasta 150 puntos.
 - Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería respecto a los cuidados paliativos y al final de la vida: variable cualitativa nominal medida

mediante la aplicación del cuestionario *Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN)*.

La puntuación oscila entre 0 y 20 puntos.

3.6. Procedimiento de recogida de datos

En primer lugar, se solicitará permiso al Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias para llevar a cabo la Investigación, así como a Dirección de Enfermería de dicha área. Posteriormente se procederá a la exposición del proyecto a los supervisores de las distintas plantas del Hospital Universitario Central de Asturias y el Hospital Monte Naranco y a las personas responsables de la dirección de los distintos centros de atención primaria pertenecientes al área IV del Sistema de Salud del Principado de Asturias. En caso de que el proyecto sea autorizado se iniciará el reclutamiento de participantes.

Para la recolección de la información será el propio investigador el que presente el proyecto y sus objetivos a la plantilla de enfermería de las distintas unidades de hospitalización y de los centros de atención primaria, haciendo hincapié en el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad de los datos recabados. Una vez expuesto en qué consistirá el proyecto, el investigador distribuirá la hoja de recogida de datos.

3.7 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizará el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 30.0.0. Se llevará a cabo un análisis descriptivo de cada variable, presentando la distribución de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, y, para las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango).

Para el análisis comparativo entre variables cuantitativas en dos grupos, se aplicará la prueba t de Student si la distribución es normal, o la prueba U de Mann-Whitney en caso contrario, según lo determinado mediante el test de Shapiro-Wilk.

En el caso de la comparación de variables cuantitativas entre tres o más grupos, se empleará el test ANOVA si se cumplen los supuestos de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homocedasticidad (test de Bartlett y test de Ansari-Bradley), acompañado del test post hoc de Tukey. Si no se cumplen estos supuestos, se recurrirá al test de Kruskal-Wallis, seguido del test post hoc de Dunn.

Para el análisis de variables cualitativas, se aplicará la prueba de Chi Cuadrado, y en caso de que no se cumplan sus supuestos, se utilizará el test exacto de Fisher.

El estudio de la relación lineal entre variables continuas se realizará mediante el coeficiente de correlación de Pearson si se verifica la normalidad de los datos, o el coeficiente de correlación de Spearman en caso contrario, junto con su respectivo contraste de hipótesis.

Se considerará un nivel de significación de 0,05 en todas las pruebas estadísticas.

3.8 Aspectos éticos y legales

Este estudio contará con la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias y la Dirección de enfermería del Área Sanitaria IV, así como la aprobación por parte de la supervisión y de la dirección de las distintas instituciones sanitarias implicadas. Esta investigación se llevará a cabo siguiendo los principios recogidos en la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont, las Pautas CIOMS y lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se recogerá un consentimiento informado (Anexo 2) para garantizar así la voluntariedad de participación, del mismo modo que se informará acerca de la posibilidad de ser revocado en cualquier momento del estudio. La manipulación de los datos recabados se llevará a cabo de manera estrictamente confidencial de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

3.9 Limitaciones o sesgos

En este estudio cabe la posibilidad de cometer un error aleatorio debido a la limitada población a la que va dirigido. Por esta misma razón también podría darse un sesgo de selección. Para evitarlo se tratará de llevar a cabo una serie de recordatorios en cada uno de los centros para impulsar así la participación en el estudio.

Existe el riesgo de que se dé lugar el sesgo de complacencia a la hora de responder en las escalas, ya que los sujetos podrían modificar sus respuestas adecuándolas a lo que es considerado lo correcto. Con el fin de eludir este suceso se hará hincapié en el anonimato y confidencialidad de las respuestas.

Por último, se deberá tener en cuenta la reducida muestra de este estudio, así como la gran semejanza en las características sociodemográficas de los distintos participantes, al llevarse a cabo en una determinada área sanitaria. Estos hechos podrían dificultar la extrapolación de los resultados al resto de la población.

4. CRONOGRAMA

Fase I: Diseño del estudio

	Octubre 2024	Noviembre 2024	Diciembre 2024	Enero 2025
Elección del tema a estudio				
Planteamiento de los objetivos				
Revisión bibliográfica				
Selección del método a estudio				
Definición de la muestra				

Fase II: Elaboración y aplicación de los instrumentos de recogida de datos

	Febrero 2025	Marzo 2025	Abril 2025
Elaboración de la hoja informativa			
Diseño de la hoja de recogida de datos			
Redacción del consentimiento informado			
Aplicación de las escalas			

Fase III: Recogida de datos

	Octubre 2025	Noviembre 2025	Diciembre 2025
Recogida de datos			

Fase IV: Análisis de los datos

	Enero 2026	Febrero 2026	Marzo 2026
Revisión de los cuestionarios			
Exportación de los datos			
Análisis de los datos			

5. PRESUPUESTO

Los costes estimados y recursos necesarios para llevar a cabo este estudio se recogen en los siguientes apartados:

- Recursos humanos:
 - Investigador principal → Sin retribución económica
 - Analista de datos → 10€/día durante 2 meses de lunes a viernes = 10€ x 44 días = 440€

TOTAL: 440€

- Material para bibliografía:
 - Microsoft 365 → 7€/mes durante 6 meses = 42€
 - Conexión estable a internet → 20€/mes durante 6 meses = 120€
 - Revistas, libros y otros recursos bibliográficos → 50€

TOTAL: 212€

- Recursos materiales:
 - Gastos de imprenta → cada folio 0,10€
 - Hoja de recogida de datos → 0,10 x 500 folios = 50€
 - Consentimiento informado y explicación del proyecto (2 hojas) → 2 x 800 folios x 0,10€ = 160€
 - Escalas (3 hojas) → 3 x 0,10€ x 500 folios = 150€
 - Vehículo de desplazamiento → 0€/mes
 - Gasolina del vehículo → 60€/mes durante 3 meses = 180€

TOTAL: 540€

El coste total final que supondría llevar a cabo este estudio sería de **1192€**, no obstante, se ha decidido solicitar un presupuesto de **1500€** con el fin de poder asumir cualquier imprevisto que surja a lo largo de la realización de este proyecto.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Chan KS. Palliative care: the need of the modern era. *Hong Kong Med J*. 2018;24(4):391-399.
2. National Institute on Aging. What Are Palliative Care and Hospice Care? [Internet]. 2021 [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care>.
3. SECPAL. SECPAL recuerda que los cuidados paliativos son “una responsabilidad ética de los sistemas sanitarios” [Internet]. 2024 [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.secpal.org/secpal-recuerda-que-los-cuidados-paliativos-son-una-responsabilidad-etica-de-los-sistemas-sanitarios/>.
4. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(2):280-6.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
6. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2023 [citado 23 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>.
7. Roth AR, Canedo AR. Introduction to Hospice and Palliative Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2019;46(3):287-302.
8. Schelin MEC, Fürst CJ, Rasmussen BH, Hedman C. Increased patient satisfaction by integration of palliative care into geriatrics—A prospective cohort study. *PLoS ONE*. 2023;18(6):e0287550.
9. Adamidis F, Baumgartner NS, Kitta A, Kum L, Ecker F, Bär J, et al. Timely integration of palliative care. the reality check. a retrospective analysis. *Support Care Cancer*. 2024;32(8):518.
10. McDonald J, Swami N, Hannon B, Lo C, Pope A, Oza A, et al. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Annals of Oncology*. 2017;28(1):163-8.
11. Groenewoud AS, Wichmann AB, Dijkstra L, Knapen E, Warmerdam F, De Weerdts-Spaetgens C, et al. Effects of an Integrated Palliative Care Pathway: More Proactive GPs, Well Timed, and Less Acute Care: A Clustered, Partially Controlled Before-After Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021;22(2):297-304.
12. Luta X, Ottino B, Hall P, Bowden J, Wee B, Droney J, et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):89.

13. Milazzo S, Hansen E, Carozza D, Case AA. How Effective Is Palliative Care in Improving Patient Outcomes? *Curr Treat Options in Oncol.*2020;21(2):12.
14. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *JCO.* 2015;33(13):1438-45.
15. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733-42.
16. Hoerger M, Wayser GR, Schwing G, Suzuki A, Perry LM. Impact of Interdisciplinary Outpatient Specialty Palliative Care on Survival and Quality of Life in Adults With Advanced Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Annals of Behavioral Medicine.* 2019;53(7):674-85.
17. Nipp R, El-Jawahri A, Temel J. Prolonged Survival With Palliative Care-It Is Possible, but Is It Necessary? *JAMA Oncol.*2019;5(12):1693.
18. Freitas TLL de, Banazeski AC, Eisele A, de Souza EN, Bitencourt JV de OV, Souza SS de. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global.* 2016;15(41):322-34.
19. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica.* 2011;21(3):129-35.
20. Souza e Souza LP, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves RC, Oliveira e Silva CS, Barbosa DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global.* 2013;12(32):222-9.
21. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería.* 2009;15(1):39-48.
22. Nyatanga B. Death anxiety and palliative nursing. *Br J Community Nurs.* 2016;21(12):636.
23. Abarshi E, Rietjens J, Robijn L, Caraceni A, Payne S, Deliens L, et al. International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care.*2017;7(3):223-9.
24. Okumura-Hiroshige A, Fukahori H, Yoshioka S, Nishiyama M, Takamichi K, Kuwata M. Effect of an end-of-life gerontological nursing education programme on the attitudes and knowledge of clinical nurses: A non-randomised controlled trial. *Int J Older People Nursing.* 2020;15(3):e12309.

25. Thorn H, Uhrenfeldt L. Experiences of non-specialist nurses caring for patients and their significant others undergoing transitions during palliative end-of-life cancer care: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2017;15(6):1711-46.
26. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, número 72, (25 de marzo de 2021).
27. Sastre Moyano P, Villacieros Durbán M, Ruiz Aragonese R, Obispo Díaz C, Pérez Miguel E, Bermejo Higuera JC. Hacia una cultura paliativa: nivel de conocimiento y creencias erróneas sobre cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia. *RIB*. 2024;(24):1-15.
28. Alshammari F, Sim J, Lapkin S, McErlean G. Registered Nurses' attitudes towards end-of-life care: A sequential explanatory mixed method study. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(19-20):7162-74.
29. Alshammari F, Sim J, Lapkin S, Stephens M. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Education in Practice*. 2022;59:103294.
30. Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*. 2016;38:144-9.
31. Blaževičienė A, Laurs L, Newland JA. Attitudes of registered nurses about the end – of – life care in multi-profile hospitals: a cross sectional survey. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):131.
32. Hussin EOD, Wong LP, Chong MC, Subramanian P. Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International Nursing Review*. 2018;65(2):200-8.
33. Edo-Gual M, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(17-18):2429-38.
34. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of Palliative Care Quiz for Nurses. *PLoS ONE*. 2017;12(5):e0177000.
35. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A. Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *Omega (Westport)*. 2018;78(2):120-42.
36. Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care*. 1991;8(5):37-43.

37. M Ross M, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*.1996;23(1):126-37.

7. ANEXOS

ANEXO 1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos

Responda a las siguientes cuestiones planteadas mediante una "X" en las que sea necesario o rellenando los espacios en blanco con la respuesta solicitada.

1. Sexo

Hombre

Mujer

2. Edad: _____ años

3. Estado civil

Casado

Divorciado

En pareja

Soltero

Viudo

4. Área de trabajo

Atención primaria

Atención especializada

5. Años de experiencia laboral:

_____ años

6. Experiencia previa en

situaciones de muerte

Sí

No

7. Experiencia previa en el área

de cuidados paliativos

Sí

No

8. Nivel máximo de estudios

alcanzados

Diplomatura

Grado

Máster

Especialista

Doctorado

9. Formación recibida en

cuidados paliativos

Ninguna formación

Formación básica

Formación intermedia

Formación avanzada

Formación autodidacta

10. Universidad en la que cursó

sus estudios:

Cuestionario PCQN en su versión en castellano

Marque con una "x" su respuesta.

		Verdadero	Falso	No lo sé
1	Los cuidados paliativos son apropiados solo en situaciones en las que hay evidencia de empeoramiento o deterioro de la situación clínica.			
2	La morfina es el estándar utilizado para comparar el efecto analgésico de otros opioides.			
3	La extensión de la enfermedad determina el método de tratamiento del dolor.			
4	Las terapias adyuvantes son importantes en el manejo del dolor.			
5	Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento.			
6	Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada al desequilibrio electrolítico puede disminuir la necesidad de sedación.			
7	La adicción es un gran problema cuando se usa morfina como tratamiento de base para el manejo de dolor a largo plazo.			
8	Los individuos que toman opioides deberían seguir medidas para mejorar la evacuación intestinal.			
9	Para proporcionar cuidados paliativos se necesita establecer un distanciamiento emocional.			
10	Durante las fases finales de una enfermedad, los fármacos que pueden causar depresión respiratoria son apropiados para tratar la disnea severa.			
11	Los hombres, generalmente, resuelven su duelo más rápido que las mujeres.			
12	La filosofía de los cuidados paliativos es compatible con los tratamientos activos.			
13	El uso de placebos es apropiado en el tratamiento de algunos tipos de dolor.			

14	A dosis altas, la codeína causa más náuseas y vómitos que la morfina.			
15	Sufrimiento y dolor físico son sinónimos.			
16	La dolantina no es un analgésico efectivo en el control del dolor crónico.			
17	La acumulación de pérdidas hace que el burnout sea inevitable para aquellos que trabajan en cuidados paliativos.			
18	Las manifestaciones del dolor crónico son diferentes de las del dolor agudo.			
19	La pérdida de alguien con quien se tiene una relación distante o conflictiva es más fácil de resolver que la de alguien con quien se tiene una relación más cercana o íntima.			
20	El umbral del dolor se ve reducido por la ansiedad o la fatiga.			

Escala FATCOD en su versión en castellano

1. Totalmente en desacuerdo

4. De acuerdo

2. En desacuerdo

5. Totalmente de acuerdo

3. Neutro

1	Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa.	1	2	3	4	5
2	La muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona.	1	2	3	4	5
3	Me resultaría incómodo hablar con una persona que se está muriendo de su propia muerte.	1	2	3	4	5
4	Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo.	1	2	3	4	5
5	No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo.	1	2	3	4	5
6	La enfermera no es la persona adecuada para hablar de la muerte con una persona que se esté muriendo.	1	2	3	4	5
7	Me provoca frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo.	1	2	3	4	5
8	Me molestaría que una persona moribunda a la que estuviera cuidando perdiera la esperanza de mejorar.	1	2	3	4	5
9	Es difícil establecer una relación estrecha con la familia de una persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
10	A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
11	Cuando un paciente pregunta a la enfermera, "¿me estoy muriendo?", pienso que es mejor cambiar de tema.	1	2	3	4	5
12	La familia debería implicarse en los cuidados físicos de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
13	Preferiría que la persona a la que estoy cuidando muriese cuando yo no esté.	1	2	3	4	5
14	Me da miedo establecer amistad con una persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
15	Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo.	1	2	3	4	5

16	La familia necesita soporte emocional para aceptar los cambios en la conducta de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
17	Cuando un paciente está cercano a la muerte, la enfermera debería dejar de implicarse en su cuidado.	1	2	3	4	5
18	La familia debe preocuparse de que el enfermo viva lo mejor posible lo que le queda de vida.	1	2	3	4	5
19	La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos.	1	2	3	4	5
20	La familia debería mantener un entorno tan normal como sea posible por el bien del enfermo.	1	2	3	4	5
21	Es bueno que la persona que se está muriendo verbalice sus sentimientos.	1	2	3	4	5
22	Los cuidados de enfermería deben hacerse extensivos a la familia de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
23	Las enfermeras deben permitir un horario flexible de visitas para las personas que se están muriendo.	1	2	3	4	5
24	La persona que se está muriendo y su familia deberían ser los responsables de la toma de decisiones.	1	2	3	4	5
25	La adicción a los analgésicos no debería ser una preocupación para las enfermeras de un paciente moribundo.	1	2	3	4	5
26	Me sentiría incómodo/a si al entrar en la habitación de un paciente con una enfermedad terminal, me lo encontrase llorando.	1	2	3	4	5
27	Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado.	1	2	3	4	5
28	Educar a las familias sobre la muerte y el proceso de morir no es una responsabilidad de enfermería.	1	2	3	4	5
29	Los familiares que permanecen junto al paciente moribundo a menudo interfieren en el trabajo del profesional con el paciente.	1	2	3	4	5
30	Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte.	1	2	3	4	5

ANEXO 2. Consentimiento informado

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO:

El estudio que se presenta con el título “Conocimientos y actitudes sobre los cuidados al final de la vida de los profesionales de enfermería” tiene como objetivo el estudio del nivel de conocimientos que los enfermeros y enfermeras poseen respecto a este tipo de cuidados y las actitudes que toman en el cuidado de los pacientes en situación terminal, con el fin de conocer la situación actual de la enfermería en los cuidados al final de la vida y mejorar aquellos aspectos necesarios para asegurar la mejor calidad en la porción de estos cuidados.

Propósito: La calidad de los cuidados es algo fundamental para lograr una buena atención a los pacientes y sus familias, y es por ello que determinar el estado del conocimiento y actitudes de los profesionales respecto a los cuidados paliativos y al final de la vida puede ayudar a lograr la máxima calidad de éstos, implementando en función de los resultados las medidas oportunas para conseguir dicho fin.

Beneficios: Con este estudio los pacientes pueden verse favorecidos en ciertos ámbitos como la continuidad y calidad de los cuidados. Además, supondría para los profesionales una mejora de las competencias en el trato y atención de pacientes en situación terminal y sus familias.

Procedimiento: En el caso de que usted decida participar en el estudio deberá firmar este documento e inmediatamente se le entregará la hoja que deberá rellenar con ciertos datos sociodemográficos y clínicos que resultan de interés para el estudio. Una vez rellenado ese formulario ya será participante a estudio, en el cual todos sus datos serán tratados con confidencialidad. En caso de querer abandonar el estudio podrá realizarlo en cualquier momento.

Protección de datos personales: En el estudio se asegura el anonimato y la confidencialidad de sus datos, y este está aprobado por el Comité de Ética para la Investigación del Principado de Asturias. Su colaboración es completamente voluntaria, siendo posible abandonarlo en cualquier momento en caso de que se produzca un cambio en su decisión y sin la obligación de tener que informar sobre sus razones. Todos los datos obtenidos de su participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se respetará con el máximo rigor todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos. Las publicaciones que se realicen sobre el estudio no permitirán la identificación directa sobre sus datos personales, como nombre y apellidos, dirección, DNI, etc.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN

Yo, _____ he leído y comprendo la información anterior y mis dudas han sido resueltas de manera satisfactoria.

Expuesto lo anterior, yo, _____ D/Dña _____ doy mi consentimiento voluntariamente para participar en esta investigación y entiendo que tengo derecho a retirar el mismo en cualquier momento y sin perjuicio en la atención recibida.

Firma del participante,

Firma del investigador,

Fecha: en Oviedo a _____ de _____ de _____.

Fecha: en Oviedo a _____ de _____ de _____.

REVOCACIÓN A LA PARTICIPACIÓN

Yo, _____ he decidido revocar el permiso de participación en esta investigación.

Firma del participante,

Firma del investigador,

Fecha: en Oviedo a _____ de _____ de _____.

Fecha: en Oviedo a _____ de _____ de _____.

