

# Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



## **Rol de la enfermera e influencia de los elementos culturales en la atención al paciente y familia en el proceso final de vida**

**Memoria para optar al grado de doctora  
presentada por:**

**Miriam Araujo Hernández**

Fecha de lectura: 15 de diciembre de 2021

Bajo la dirección de la doctora:

E. Begoña García Navarro

**Huelva, 2021**





**UNIVERSIDAD DE HUELVA**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
TESIS DOCTORAL

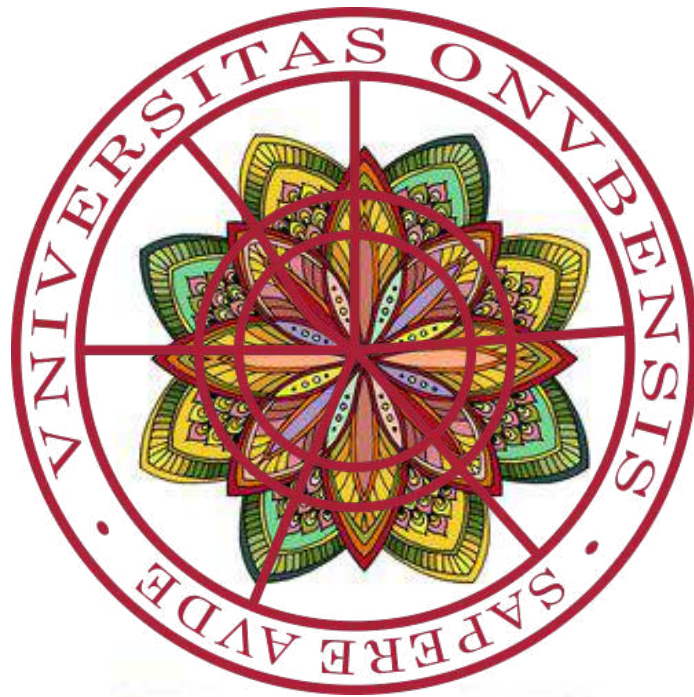
**ROL DE LA ENFERMERA E INFLUENCIA DE LOS  
ELEMENTOS CULTURALES EN LA ATENCIÓN  
AL PACIENTE Y FAMILIA EN EL PROCESO  
FINAL DE VIDA**

PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS DE LA SALUD  
LÍNEA: LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

Doctoranda: Miriam Araujo Hernández  
Directora: Dra. Dña. E. Begoña García Navarro

**Julio, 2021**





**UNIVERSIDAD DE HUELVA**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
TESIS DOCTORAL

**ROL DE LA ENFERMERA E INFLUENCIA DE LOS  
ELEMENTOS CULTURALES EN LA ATENCIÓN  
AL PACIENTE Y FAMILIA EN EL PROCESO  
FINAL DE VIDA**

PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS DE LA SALUD  
LÍNEA: LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

Doctoranda: Miriam Araujo Hernández  
Directora: Dra. Dña. E. Begoña García Navarro

**Julio, 2021**



*El Señor es mi pastor; nada me faltará.*

*En lugares de delicados pastos me hará descansar;  
Junto a aguas de reposo me pastoreará.*

*Confortará mi alma;  
Me guiará por sendas de justicia por amor de su nombre.*

*Aunque ande en valle de sombra de muerte,  
No temeré mal alguno, porque tú estarás conmigo;  
Tu vara y tu cayado me infundirán aliento.*

*Aderezas mesa delante de mí en presencia de mis angustiadores;  
Unges mi cabeza con aceite; mi copa está rebosando.*

*Ciertamente el bien y la misericordia me seguirán todos los días de mi vida,  
Y en la casa de Señor moraré por largos días.*

*Salmos 23*



## AGRADECIMIENTOS

Nunca pensé que los más difícil de una tesis doctoral, sería hacer los agradecimientos, y es que después de tanto tiempo, ¡Tengo tanto que agradecer! Te animo a que, si vas a leer esta parte, tomes paciencia y seas capaz de percibir la profundidad de lo que aquí expreso, que son más que palabras.

En primer lugar, y por encima de todo quiero dar gracias a Dios, porque hasta aquí me ha ayudado. Si algo soy, si algo tengo, o si algo he conseguido ha sido por su amor en mi vida y su ardua paciencia en perfeccionar aquello para lo que fue llamada. Agradecida porque, todos los que me han acompañado en este camino han sido las piezas clave colocadas por el mejor diseñador. Para él son mis agradecimientos, *“Porque en él fueron creadas todas las cosas, las que hay en los cielos y las que hay en la tierra, visibles e invisibles; ...; todo fue creado **por medio de él y para él** (Colosenses 1:16).*

Doy gracias a Dios por la vida de mi directora de Tesis, mi amiga, mi hermana, mi referente, la que me ha enseñado lo más importante, APASIONARME POR LAS PERSONAS Y POR SUS NECESIDADES. De ella podría escribir otra tesis entera, porque no he conocido mujer más generosa y con la que haya vivido tantas aventuras. Haber crecido a su lado, es parte de mi gran legado, Begoña, gracias por todo, amiga te quiero.

Estoy agradecida también por todas esas personas que aparecieron en mi vida, y decidieron quedarse, depositando en mí, verdaderas joyas que atesoro como piedras de gran precio. A mi grupo de investigación, Rosa, Sonia y Marian, ¡no sabéis lo bendecida que he sido a través de vuestras vidas!, cada viaje (Almería, Londres, Portugal...), cada experiencia (Congresos, Cursos, proyectos). Esta tesis es fruto de todo lo que me habéis enseñado, gracias. A mis “Compasivos”, vuestro amor por lo demás, me inspira a más. A África y su experiencia, cumplí uno de los sueños de mi vida, y ahora me doy cuenta que cambió mi vida para siempre.

A mis compañeras y compañeros de Departamento, a cada uno de vosotros, que antes de compañeros fuisteis inspiradores de esta pasión, LA ENFERMERÍA. Gracias por enseñarme, por abrirme puertas, por complicármelo a veces, y por haberme puesto el listón tan alto. Muy en especial agradecer a M<sup>a</sup> Jesús; tenerte

como profesora y tutora del proyecto fin de carrera fue un privilegio, pero haberte conocido y tenerte como amiga es un regalo.

¡Compi, que te voy a decir a ti que no te haya dicho ya! Aún recuerdo ese primer día, las dos novatas, asustadas, preocupadas, sin conocernos y pensando ¿quién es este “manejo” de nervios que me han puesto al lado?... ¡que tiempos! Gracias amiga porque, si algo tengo que agradecer a Dios de todo mi tiempo como docente es haberme puesto a tu lado. Trabajar contigo es un honor, disfrutar de ti un gusto. Cristina, te quiero, eres tan valiosa e inspiradora, que parte de terminar mi tesis, ha sido, por querer parecerme a ti, en tu constancia, decisión y cumplimiento de metas.

A mis alumnos y alumnas, que me han enseñado el valor de la enseñanza, gracias por acompañarme en esta etapa y por alegraros de mis logros. Solo espero haberos inspirado a ser mejores profesionales, y a creer que los sueños, con esfuerzo y constancia se consiguen.

Tengo el enorme privilegio de haber crecido rodeada de las personas más maravillosas que me han enseñado todo cuanto se. Mamá, eres mi musa, mi inspiración, mi faro, gracias por mantenerte firme a pesar de las adversidades, no sabes cuánto te he imitado en este camino lleno de tormentas. Papá, gracias por sentirte tan orgulloso de mi, por ser mi mayor fan, por interesarte por mis logros.

Abi, David, Noa, sois ese lugar del mundo donde me siento segura, cuidada y fortalecida, mi lugar de terapia, mi refugio. Gracias por apoyarme, por respetar mis ausencias y por escucharme, aunque no entendierais nada, reconozco que a veces es difícil hacerlo. Abi, a ti de manera especial decirte que puedes conseguir todo lo que te propongas, eres de las mujeres más valientes que he conocido. Ánimo en tu carrera, nunca es tarde para el que persevera y serás la mejor trabajadora social.

Proverbios (17:17) dice que *“En todo tiempo ama el amigo, Y es como un hermano en tiempo de angustia”*, y eso habéis sido vosotros para mi, Rebeca, Israel, Cristina, Nerea, Pablo, Lidia, mis “Socorocos”, Alberto, Soraya, Jessica, Medero, mis sevillanos, María, Bea, Juank, y un largo etc... que sería imposible describir. Si, soy una mujer bendecida, tengo muchos amigos, tengo muchos hermanos. Juank, te paso el testigo, tú el siguiente; eres capaz, eres necesario, eres una persona increíble, tienes todo mi apoyo.

Gracias Dios por haberme puesto guías en mi camino, gracias por mis pastores y líderes, y muy en especial por Federico y Loli, por haber invertido tanto en mi vida, y por ver en mí algo que ni yo misma era capaz de ver. Loli un día me dijo, “se invierte tiempo en quien se ama”, y yo me he sentido muy amada por vosotros. Loli, aunque no puedas verme dar este gran paso, se, por tus ojos de fe, que disfrutaste por anticipado de todo lo que Dios me tenía preparado. ¡Fuiste una “disfrutona” anticipada!, porque me vienen años de mucha bendición y cumplimientos de grandes promesas. Gracias por tu legado, lo atesoro cada día de mi vida, en cada logro, en cada dificultad. Y sí, estoy aprendiendo a ser menos intensa, aunque quizás con los agradecimientos me haya colado.

Y si no fuera poco, todo lo que tengo que agradecer, Dios ha tenido el enorme humor de seguir aumentando personas inspiradoras a mi vida, que, aunque han estado en la última etapa de este proceso, han dejado en mí una huella imborrable. Familia Gallega, gracias por tanto, por cobijarme en estas últimas etapas y por hacer vuestras, mis alegrías. A ti, Marcos, por amarme y animarme. Le he dado duro como me dijiste y, ¡aquí estoy!, ya puedo dar respuesta a la eterna pregunta, ¡sí, ya acabé mi Tesis!, ahora soy yo la que pregunta, ¿Estas preparado para la siguiente aventura?

A todo el que lee esta tesis, para evaluarla, analizarla, aprender de ella o simplemente curiosear, te doy también las gracias, porque muy probablemente has sido parte de este proceso, de mi vida, de lo que soy.

No quiero acabar sin decir que, de lo que más orgullosa me siento es de que esta tesis, no soy yo. Yo soy mucho más, mucho mejor y que todo lo que he aprendido, me da el impulso para avanzar a lo nuevo que Dios me tiene preparado. Si te has quedado hasta aquí, solo quiero animarte a recibir al dador de esas grandes promesas, aquel que su vida nos dio, para que hoy podamos tenerla.

Gracias Dios porque hoy más que nunca puedo decir, *Jehová jireh*, tú, Señor, me ha provisto de todas mis necesidades.



## RESUMEN

### Introducción:

La tesis doctoral que presentamos, está sujeta a la modalidad de compendio de publicaciones científicas. Se ha desarrollado en cuatro fases que se entrelazan entre sí de manera complementaria, contemplando la labor de la enfermera en el entorno domiciliario, profundizando en aquellos elementos que facilitan o dificultan la atención, así como en las intervenciones educativas de las cuidadoras que atienden a personas en situación de últimos días. En esta investigación también se aborda la perspectiva cultural de los cuidados, evidenciando la necesidad de la inclusión de los mismos en el currículum académico del Grado en enfermería, por su transversalidad en el rol cuidador, siendo una demanda creciente en este mundo globalizado. Además, hemos podido conectar este componente con los cuidados en el final de la vida, otro proceso muy demandado teniendo en cuenta la crisis sanitaria excepcional acaecida por la Covid-19.

### Objetivos:

El objetivo principal es describir el rol de la enfermera en la atención al paciente y familia en el proceso final de vida, abordando de manera concreta las competencias de las enfermeras en el entorno domiciliario, así como el componente cultural del cuidado al final de la vida y su influencia las actitudes de los proveedores de cuidados.

### Metodología:

La investigación se ha desarrollado en cuatro fases, utilizando una metodología mixta combinando métodos cuantitativos con fenomenología y técnicas cualitativas, con el fin de dar respuestas a los objetivos planteados.

La estrategia metodológica nos ha permitido, no sólo cubrir los objetivos propuestos, sino adaptarnos a los diferentes contextos donde se ha desarrollado la investigación: Atención primaria, entorno familiar y formación universitaria a pre-profesionales.

La primera fase aborda el rol de la enfermera en las intervenciones educativas domiciliarias para el cuidado de personas dependientes y al final de la vida. La segunda fase está dentro de una estancia internacional de investigación en

Dakar, Senegal, donde analizamos la competencia cultural al final de la vida en Estudiantes de diferentes contextos culturales. La tercera y cuarta fase está enmarcada en la crisis excepcional sanitaria generada con la pandemia y aborda el rol que han desempeñado los profesionales de enfermería y el cuidado de los familiares ofreciendo estrategias sustitutivas para el desarrollo del duelo.

Resultados:

La fase 1 ha descrito las Intervenciones de enfermería relacionadas con las actitudes profesionales. Entre ellas, fomentar la comunicación y facilitar la enseñanza, las intervenciones de comunicación en educación para la salud y asesoramiento y por último aquellas intervenciones técnicas destinadas a mejorar el acceso a la información sanitaria y el apoyo al cuidador informal. La falta de voluntad, la edad avanzada del cuidador, el estado emocional y la sobrecarga de trabajo, son factores que dificultan los cuidados de salud que podrían modificarse si se convirtiesen en factores facilitadores de aprendizaje. El contexto determina en gran manera estas acciones, la segunda fase nos ha descrito la influencia de la cultura en el afrontamiento al final de la vida, entendiendo que aquellas culturas donde la religiosidad influye en gran medida en el funcionamiento social, poseen una importancia especial que debe ser tomada en cuenta. La pandemia por Covid-19 ha evidenciado la labor enfermera y su buen nivel de autoconcepto, pero a su vez ha reflejado la necesidad de contar con el apoyo institucional y del sistema sanitario que facilite medidas adaptativas ante las situaciones excepcionales que sobrevengan.

Conclusiones:

Este proyecto nos ha proporcionado la necesidad de focalizar, trabajar y profundizar en tres áreas dentro de nuestro rol enfermero. La concepción cultural de la muerte y como esta dirige en gran manera el posicionamiento del profesional, del paciente y de la familia; la potencialidad de la religión y espiritualidad en estos momentos del desarrollo vital, especialmente cuando consideramos culturas donde la religión dirige no sólo la dimensión espiritual del individuo, sino que influye en su ámbito económico, educativo y familiar; y por último, la formación especializada en afrontamiento a la muerte y fin de vida. Los profesionales de la salud deben estar preparados para proporcionar una atención culturalmente competente y deben poseer una seguridad en sus

intervenciones que los impulsen a ofrecer unos cuidados de calidad a pesar de las circunstancias del entorno que los rodea.

Es responsabilidad de los profesionales del cuidado continuar con su formación especializada, atendiendo a las nuevas necesidades que la sociedad evidencia. Además, debemos seguir fortaleciendo nuestra práctica clínica, dirigiéndonos a potenciar intervenciones basadas en la evidencia.

Desarrollar el rol enfermero requiere de un compromiso profesional, personal, social y cultural que asegure que a pesar de las circunstancias que rodeen nuestro trabajo, seguiremos ofreciendo cuidados culturalmente competentes y ajustados a las necesidades en cualquier momento del ciclo vital de una persona y su familia.



## ABSTRACT

### Introduction:

The doctoral thesis presented here is subject to presentation by the compendium of scientific publications. It was developed according to four phases which are interlinked in a complimentary way, contemplating nursing work in the home setting and deepening knowledge about elements that facilitate or obstruct care. It also considers educational interventions targeting carers who attend to individuals during their final days. The present research also takes a cultural perspective of care, evidencing the need for its inclusion in the academic curriculum of Nursing Degrees due to its transversality in the role of carer, with this being a growing demand in an ever more globalized world. Further, we have been able to connect this component with end-of-life care, which is another highly demanded process given the extraordinary health crisis brought about by Covid-19.

### Aims:

The main aim is to describe the role of nurses in the care of patients and their family during end-of-life processes. It specifically considers the skills possessed by nurses in the home setting, in addition to the cultural component of end-of-life care and its influence on the attitudes of care providers.

### Methodology:

The research was conducted in four stages, using mixed methodology combining qualitative methods with phenomenology and qualitative techniques, with the aim of responding to the proposed aims.

This methodological strategy allowed us to, not only meet the proposed objectives but, also, adapt to the different contexts in which the research was conducted: Primary care, family setting and university training of pre-professionals.

The first phase considered the role of nursing in educational home interventions directed towards the care of dependent individuals and end-of-life. The second phase was carried out during an international research visit to Dakar, Senegal, during which we analysed the end-of-life cultural competencies of students in different cultural contexts. The third and fourth phases were framed within the global pandemic lived over the last year and considered the role played by

nursing professionals and the care given to relatives through strategies put in place to deal with grief.

#### Results:

Phase 1 described nursing interventions and their relation with professional attitudes. Interventions included the promotion of communication and teaching support, communication interventions in education for health and counselling, and technical interventions designed to improve access to health information and support for informal carers. The lack of individual will, advanced age of carers, charged emotional state and work overload are all factors that make care more difficult. Reverting these factors turns them into facilitators of learning. The context determines, to a large extent, these actions. The second phase described the influence of culture on end-of-life coping. It established that cultures in which religion has a large influence on social functioning take on a special importance which must be taken into consideration. The Covid-19 pandemic has produced evidence in relation to nursing work and the high levels of self-concept that sustain it. Nonetheless, at the same time, it has reflected the need to count on institutional support and support from the health system to facilitate adaptive measures in the face of exceptional circumstances that may arise.

#### Conclusions:

The present research has uncovered three patterns which should be addressed in nursing. Cultural conceptions of death and the way in which this largely directs the standpoints of professionals, patients and families; the power of religion and spirituality during these vital developmental moments, especially when we consider cultures in which religion does not only direct the spiritual dimension of individuals but, also, impacts on the economic, educational and family ambit; and, finally, specialised training in coping with death. Health professionals must be prepared to provide culturally competent care and must possess enough security in their work to be driven to provide quality care, despite the circumstances of the environment around them.

It is the responsibility of nurses to continue their specialised training in consideration of the new needs shown by society. In addition, we must continue to strengthen the role of nursing, turning towards a type of nursing that creates science and is science. In short, evidence-based nursing.

Developing the role of nursing requires professional, personal, social and cultural commitment in order to ensure that, despite the circumstances surrounding our work, we will continue to provide culturally competent care which is adjusted to the needs of individuals and their families throughout the entire lifecycle.



## **INDICE**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>11</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO 1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPITULO 2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>43</b>
<b>2.1 Rol de la enfermera en las intervenciones educativas domiciliarias     para el cuidado de personas dependientes y al final de la vida.....</b>	<b>45</b>
<b>2.2 Competencia Cultural al final de la vida en Estudiantes de diferentes     contextos culturales .....</b>	<b>50</b>
<b>2.3 Rol enfermero en la crisis excepcional sanitaria provocada por la     Covid-19 .....</b>	<b>65</b>
<b>2.4 Abordaje con la familia de pacientes al final de la vida en     situaciones especiales. ....</b>	<b>71</b>
<b>CAPITULO 3. OBJETIVOS .....</b>	<b>75</b>
<b>CAPITULO 3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>79</b>
<b>FASE 1 .....</b>	<b>85</b>
<b>FASE 2: .....</b>	<b>95</b>
<b>FASE 3: .....</b>	<b>97</b>
<b>FASE 4: .....</b>	<b>101</b>

<b><i>CAPITULO 5. ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA EL COMPENDIO DE PUBLICACIONES.....</i></b>	<b><i>115</i></b>
5.1 Artículo 1: Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home.....	117
5.2 Artículo 2: Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal).....	131
5.3 Artículo 3: Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. ....	134
5.4 Artículo 4: Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa.....	152
<b><i>CAPITULO 6. RESULTADOS .....</i></b>	<b><i>160</i></b>
<b><i>CAPITULO 7. DISCUSIÓN .....</i></b>	<b><i>178</i></b>
<b><i>CAPITULO 8. CONCLUSIONES .....</i></b>	<b><i>192</i></b>
<b><i>CHAPTER 8. CONCLUSIONS .....</i></b>	<b><i>198</i></b>
<b><i>CAPITULO 9. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS. ....</i></b>	<b><i>204</i></b>
<b><i>CAPITULO 8. BIBLIOGRAFÍA .....</i></b>	<b><i>208</i></b>
<b><i>CAPITULO 9. ANEXOS.....</i></b>	<b><i>226</i></b>

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Contribución científica.

Tabla 2. Metodología aplicada en cada fase de la tesis.

Tabla 3: Dimensiones obtenidas en las observaciones.

Tabla 4. Categorías y subcategorías que surgieron del estudio según las diferentes técnicas.

Tabla 5. Resumen de artículos seleccionados incluidos en la revisión

Tabla 6. Factores determinantes del aprendizaje.

Tabla 7. Descripción de los factores que determinan el aprendizaje en base a las técnicas utilizadas

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases del Proyecto.

Figura 2. Aportación científica en el proceso de la Tesis.

Figura. 3. Leininger, M., & Reynolds, C. (1991). Culture care diversity and universality theory. *Nursing*.

Figura 4. Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 193- 196

Figura 5. Flujograma de resultados de la búsqueda.

Figura 6. Intervenciones Enfermeras y ejes del instrumento Ghata Enfermería



# CAPITULO 1. JUSTIFICACIÓN



El compendio de publicaciones, ha sido el modelo elegido como modalidad seleccionada para presentar esta tesis Doctoral. Se ha seguido la dinámica habitual de este formato para presentar los resultados de 5 años dedicados al trabajo de campo del proyecto de investigación y la difusión del mismo en publicaciones científicas.

El manuscrito que aquí se presenta es el fruto de varios proyectos y estancias de investigación que han dado como resultados el conocimiento más profundo de la influencia de los elementos culturales en el acompañamiento y cuidados de paciente y familia de personas al final de la vida.

Además, hemos tenido la oportunidad de participar en proyectos de innovación docentes como “Competencia cultural en los cuidados al final de la vida, diferentes perspectivas docentes en entornos transfronterizos” (Aprobado en la XIX Convocatoria de Ayudas a la Innovación Docente e Investigación Educativa para la Mejora de la Docencia en la Universidad de Huelva 2017/2018, proyectos convocados por el Vicerrectorado de Innovación y Empleabilidad de la Universidad de Huelva) (Anexo 1) y en proyectos subvencionados por la Junta de Andalucía, tanto en 2019 como en 2020, dirigidos al fomento de la cooperación transfronteriza en la Euroregión Alentejo-Algarve-Andalucía, en el que se desarrolló el I Seminario “Comunidades Compasivas Transfronterizas: Nuevo reto en el siglo XXI” (Anexo 2) entre 2019 y 2020, y una propuesta formativa para el desarrollo de un Curso online: agentes clave de comunidades compasivas universitarias transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía, desarrollada entre 2020 y 2021 (Anexo 3), además de otras contribuciones que detallaré más adelante.

Como elemento clave de esta tesis con Mención Internacional, presentada por Compendio de publicaciones, se desarrolló un Proyecto de Cooperación internacional con la Universidad de Dakar, Senegal (Anexo 4) y se realizó una estancia de investigación con una duración de tres meses (Anexo 5-6).

El núcleo central de la Tesis Doctoral ha sido describir el rol de la enfermera en la atención al paciente y familia en el proceso final de vida y la influencia de los elementos culturales en el mismo.

La investigación ha desembocado en la profundidad de diferentes escenarios que han influido y condicionado el proceso de fin de la vida y ha permitido describir el impacto, necesidad, conocimiento, habilidades y necesidades de

cada uno de ellos; enfermeras, cuidadoras, familia, sistema sanitario, pre profesionales y la formación.

La Tesis Doctoral se ha desarrollado en cuatro fases (Figura 1):

- Primera Fase: Rol de la enfermera en las intervenciones educativas domiciliarias para el cuidado de personas dependientes y al final de la vida.
- Segunda Fase: Competencia Cultural al final de la vida en Estudiantes de diferentes contextos culturales.
- Tercera Fase: Rol enfermero en la crisis excepcional sanitaria provocada por la Covid-19.
- Cuarta Fase: Abordaje con la familia de pacientes al final de la vida en situaciones especiales.



Figura 1. Fases del Proyecto.

El final de la vida es un proceso natural que se ha sido susceptible de ser modificado, adaptándose a la evolución natural de la sociedad (Chengk et al., 2014). Aunque la muerte no cobra sentido hasta que ocurre, el final de la vida es un estado en sí mismo, y como estado vital se ve influenciada por el momento social e histórico en el que se produce, por la situación personal de la persona y por su representación social dentro de la cultura que lo envuelve.

La esencia del significado del final de la vida emerge a través de unas convicciones sociales y culturales concretas, de la biografía general y de los conceptos y grupos sociales. Encontramos diversas formas de comprender y entender los fenómenos vitales, según el enfoque de la cultura y de los grupos sociales que acompañan el proceso final de vida: familia, enfermeras y pre profesionales (Leininger, 2014).

La familia es uno de los elementos clave en el proceso final de vida, no solo en el acompañamiento de la persona muriente, sino como co-protagonistas de la misma experiencia. Sus necesidades, sus capacidades y los recursos personales que poseen para colaborar con el afrontamiento del paciente y del suyo propio, son imprescindibles para un abordaje eficaz del duelo y de la muerte (Sierra et al., 2019).

La familia es un recurso imprescindible para las enfermeras y para los cuidados que estas ofrecen a los pacientes en su proceso final. Los profesionales de enfermería son otro de los elementos imprescindibles en el cuidado de pacientes que experimentan situaciones cercanas a la muerte. Su importancia no es algo discutible, de hecho, desde el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, se plantean la labor de la enfermera y su identidad de colectivo sanitario, como una prioridad del sistema, creando una campaña internacional llamada Nursing Now, donde establecieron el 2020 como el año internacional de la enfermería, destacando su labor en el Sistema Sanitario (Stilwell y Nyaka., 2020).

La enfermera tiene competencias en habilidades de comunicación y diálogo, tiene la capacidad de promover, prevenir y acompañar en los diferentes procesos de salud, tanto individuales como colectivos, y poseen la capacidad de generar intervenciones educativas que empoderen a los pacientes y familia para sus autocuidados en todas las circunstancias de salud-enfermedad, como puede ser la muerte (Pozo et al., 2018). Además, son los profesionales de la salud que más tiempo pasan con los pacientes murientes y sus familias.

Durante la Pandemia ocasionada por la Covid19, tanto los pacientes que fallecieron como sus familiares, han tomado un papel protagonista (de la Rica et al., 2020). La nueva situación de salud ha generado nuevas demandas sanitarias que ya no están enfocadas en el acompañamiento para la recuperación de la salud, sino en el acompañamiento al final de la vida, esto ha suscitado la

necesidad de una formación específica y especializada (Greenhalgh, et al., 2020).

Hasta ahora, la formación de los profesionales ha dependido de la decisión personal de cada uno de ellos, hecho que ha generado importantes diferencias en los cuidados ofrecidos, y que muchos de nuestros compañeros no tengan competencias suficientes para realizar labores de acompañamiento al final de la vida.

Esta situación ha evidenciado que la necesidad de formación no debe recaer en la decisión personal de ningún profesional, sino que todas las enfermeras, independientemente de su ámbito de especialización, deben saber proporcionar cuidados de calidad al final de la vida (Dandicourt, 2018). La formación en cuidados paliativos no puede ser opcional en los currículums académicos, sino deben estar incluidos desde la etapa universitaria, hasta su desarrollo profesional. Debemos tener en cuenta las experiencias personales y prácticas, la formación académica especializada, los conocimientos, habilidades y aptitudes que se poseen los profesionales, así como el acompañamiento con el paciente y la familia, el impacto de los eventos históricos y la influencia de la cultura en el fenómeno de la muerte ya que esto afecta a la hora de proveer cuidados (Kangasniemi et al., 2015; Mahmood et al., 2017; Shen, 2015).

Identificar el impacto que las intervenciones educativas tienen en la familia del paciente, teniendo en cuenta los elementos culturales que condicionan el paradigma de salud-enfermedad, además de identificar la importancia del rol desempeñado por las enfermeras en el sistema sanitario, nos permitirá, no solo generar un itinerario donde sustentar la formación de las nuevas generaciones de enfermeras, sino que asegurará un mejor abordaje del final de vida para el paciente y la familia (Giménez-Díez, 2021).

Los artículos que se presentan en esta tesis Doctoral como compendio de publicaciones abordan de manera integral el rol que desempeñan las enfermeras en la atención de las necesidades de pacientes y familia en las diferentes etapas del cuidado al final de la vida, atendiendo no sólo a unos cuidados categorizados, sino ampliando la visión a las necesidades específicas de la propia cultura.

Consideramos que los artículos seleccionados para el desarrollo de la tesis, junto con el resto de proyectos, investigaciones, estancias y contribuciones en el ámbito científico y docente (Presentes en el capítulo 11. Anexos), son elementos

que pueden justificar el presente proyecto creado para el desarrollo de la Tesis Doctoral.

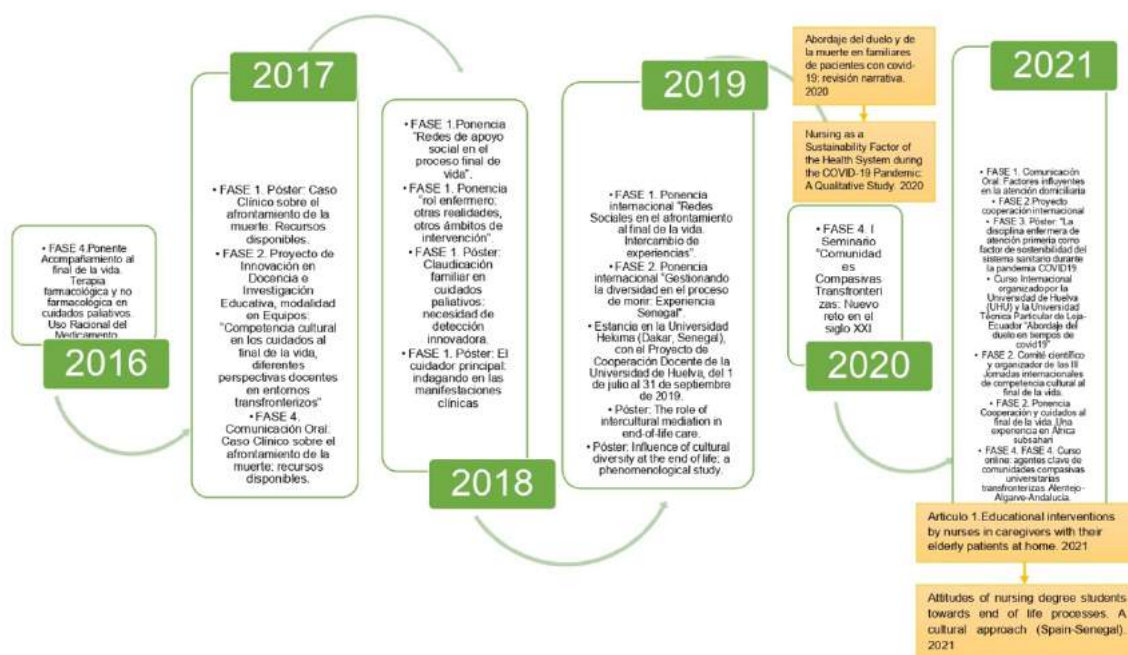


Figura 2. Aportación científica en el proceso de la Tesis.

Los artículos han sido publicados en revistas indexada en JCR (Journal Citation Report) y en Scopus, asegurando la temática de artículo con la idiosincrásica de la revista seleccionada.

El **primer artículo** Rojas-Ocaña MJ, Araujo- Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. (2021) Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. Primary Health Care Research & Development 22(e26): 1–11. doi: 10.1017/ S1463423621000086. Se encuentra indexado por Science Citation Index Expanded y Social Sciences Citation Index (Web of Science), así como por Scopus y otras bases de datos. Posee un factor de impacto de 1.458 (2020); y se encuentra en el tercer cuartil (Q3) en el Rank by Journal Citation Indicator.

El propósito central de la investigación que se describe en este artículo radica en la búsqueda de intervenciones y actividades enfermeras de carácter educativo que mejoren el proceso de cuidados y autocuidados de cuidadores en el entorno domiciliario. Además, observar e identificar las intervenciones de carácter

educativo que desarrollan las enfermeras en el entorno domiciliario, y describir los factores que pueden influir como facilitadores o limitadores en el proceso de formación en cuidados y autocuidados de los cuidadores en el domicilio, a partir de las diferentes perspectivas profesionales. Entre los principales resultados de las intervenciones ofrecidas encontramos tareas relacionadas con las actitudes profesionales, el fomento de la comunicación y facilitación de la enseñanza; con respecto a las tareas comunicativas, la educación y asesoramiento sanitaria; y con lo relativo a las habilidades técnicas, la mejora del acceso a la información sanitario y el apoyo al cuidador o cuidadora informal. Como factores limitadores del aprendizaje encontramos, la falta de voluntad, la edad avanzada de la cuidadora, el estado emocional y la sobrecarga. Como factores facilitadores encontramos estos mismos, pero en sentido positivo. Además detectan la falta de tiempo y recursos en las consultas domiciliarias. Las intervenciones educativas en la atención domiciliaria por parte de las enfermeras es una de las estrategias claves para la capacitación de los cuidadores de personas mayores. El **segundo artículo**, García-Navarro, EB; Araujo-Hernández, M; Rigabert, A & Rojas-Ocaña, MJ. Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal). PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254870>, está publicado en la revista PLOS ONE que se encuentra indexado por Science Citation Index Expanded y Social Sciences Citation Index (Web of Science), así como por Scopus y otras bases de datos. Posee un factor de impacto de 3.240 (2020); y se encuentra en el primer cuartil (Q1) de Rank by Journal Citation Indicator. El propósito principal de la investigación que se difundió en este artículo, fue conocer las experiencias personales y formativas que tenían los alumnos de grado en enfermería de la Universidad de Hekima-Santé en la ciudad de Dakar, Senegal, en referencia al proceso final de vida, y comparar los resultados con los alumnos de la Universidad de Huelva, con el fin de identificar los elementos que condicionan las actitudes ante el afrontamiento a la muerte.

Esta investigación se desarrolló en el marco de un proyecto de Cooperación Internacional, ampliándose con una estancia de investigación de tres meses. Durante la misma se procedió al proceso de recogida de datos y se analizó los elementos culturales que pudieran condicionar los resultados del análisis.

Los principales hallazgos de este artículo fueron las diferencias observadas entre las muestras analizadas y las diferencias culturales y religiosas de las mismas, las cuales condicionan de manera directa en las actitudes, cuidados y abordajes ante el final de la vida. El significado que la muerte tiene en cada comunidad, así como los programas formativos de los estudiantes de enfermería de ambos contextos culturales y su aplicabilidad en la práctica asistencial son algunos de los hallazgos relevantes que este artículo nos presenta.

El **tercer artículo** Rojas-Ocaña, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., Román-Mata, S. S., & García-Navarro, E. B. (2020). Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Sustainability*, 12(19),8099:

<https://doi.org/10.3390/su12198099>.

Se encuentra indexado por Science Citation Index Expanded y Social Sciences Citation Index (Web of Science), así como por Scopus y otras bases de datos. Posee un Factor de impacto de 3.251 (2020) y se encuentra en el segundo cuartil de la JCR (Q2). El propósito central de la investigación fue explorar la identidad profesional de las enfermeras ante una crisis sanitaria, estudiar las experiencias vividas y el significado de estas y mostrar el grado de reconocimiento de los usuarios ante la actuación durante la crisis por Covid-19 en el entorno comunitario. Los resultados principales de este artículo se obtuvieron tras la triangulación de los datos a través de un análisis con enfoque fenomenológico. Destacan el reconocimiento de los usuarios a la labor enfermera, la satisfacción de los propios profesionales al comprobar que han sido un pilar para el apoyo emocional y acompañamiento durante toda la crisis excepcional sanitaria. Además, los informantes claves, identificaron la importancia de su trabajo para sostener el sistema, destacando como elementos claves la cohesión, la comunicación con el equipo, y el posicionamiento que los usuarios y la sociedad les han otorgado durante esta pandemia.

El **cuarto artículo** Hernández, M. A., Navarro, S. G., & García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31, S112-S116: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>. Está Indexada en National Library of Medicine/Pubmed/Medline, Scopus/SCImago Journal Rank(SJR), Emerging Sources Citation Index (ESCI) (Clarivate Analytics) CINHALL, Elsevier

Bibliographic Databases, EBSCO Publishing, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, CSIC/IME, IBECS, Latindex, CUIDEN, Dialnet, Google Scholar Metrics, SCOPUS, ISSN: 1130-8621 E-ISSN: 1579-2013, Cite Score en el año 2019 de 0.6, Percentil 36, SJR 2019 de 0,178 y SNIP 2019 de 0,619.

Este artículo es una revisión narrativa de las recomendaciones sobre el abordaje del duelo y la muerte en familiares de pacientes con COVID-19. Los resultados principales de esta investigación se describieron en varias dimensiones: la identificación de las necesidades sentidas de los familiares, el desempeño del rol enfermero y de su acompañamiento en el proceso final y la relevancia de la formación especializada para dar respuesta a esta nueva demanda de salud. Además, se ofreció un banco de recursos sustitutivos de los rituales y procedimientos necesarios, con el fin de favorecer duelos funcionales y prevenir duelos complicados.

Las necesidades sentidas por lo familiares fueron la falta de intimidad, la soledad, la falta de asesoramiento e implicación y la inadecuada información recibida. El desempeño del rol enfermero resalta la necesidad del trabajo en equipo y su coordinación, la implicación y trabajo en equipo con la familia, así como el seguimiento de aquellas que han perdido a personas en medio de esta pandemia. La formación, no solo es un elemento exigido a los profesionales sanitarios, sino que se establece como elemento básico para el abordaje del duelo con la familia.

Las estrategias sustitutivas necesarias para abordar el duelo en tiempos de pandemia fueron el trabajo en equipo, la escucha activa, la atención enfocada, en el significado de la pérdida para cada familia en aislamiento, el refuerzo positivo por las acciones desarrolladas, la realización y envío de cartas de condolencia, la realización de un diario del proceso, el refuerzo de los autocuidados y el contacto y apoyo entre el grupo de iguales. Además, para evitar duelos complicados, se propusieron estrategias como favorecer el desarrollo de rituales fúnebres, y permitir la expresión espiritual y una despedida que satisfaga las necesidades de la familia.

La tesis se compone de once capítulos. El primer capítulo presenta la justificación del tema elegido, así como la contribución científica desarrollada durante el desarrollo de la misma. El segundo capítulo describe los antecedentes

que justifica la línea elegida y da cuerpo a los objetivos de la misma. El capítulo tres contiene los objetivos de la investigación y el capítulo cuatro la metodología. El capítulo cinco contiene los ejemplares de los artículos seleccionados para el compendio. El capítulo seis y siete los resultados y discusión, seguidos del capítulo ocho que presenta en dos idiomas, español e inglés, las conclusiones. Se dedica el capítulo nueve para exponer la implicación para la práctica y líneas de futuro que la tesis ha generado, finalizando con el capítulo diez y once, con la bibliografía y los anexos, los cuales pretenden justificar todos los documentos expuestos durante este compendio.

### **1.1 Contribuciones científicas**

Los cuatro artículos presentados en esta tesis doctoral, han sido el fruto de una producción científica formada por diversas investigaciones, proyectos internacionales y publicaciones científicas presentadas en congresos como comunicaciones orales y poster, además de la participación en formaciones y jornadas científicas capacitantes para otros profesionales de la salud.

A continuación, se detallan la relación entre los artículos y la producción científica, también presentado en la Tabla 1.

#### **FASE 1. Rol de la enfermera en las intervenciones educativas para el cuidado de personas al final de la vida.**

- ARTÍCULO 1: Rojas-Ocaña MJ, Araujo- Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. (2021) Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development* 22(e26): 1–11. doi: 10.1017/S1463423621000086. La revista *Primary Health Care Research & Development* posee un factor de impacto de 1.458 (2020); y se encuentra en el tercer cuartil (Q3) en el Rank by Journal Citation Indicator (Información más detallada en el Capítulo 5. Ejemplares de los artículos, sección 5.1).
- PONENCIAS:
  - Rol enfermero: otras realidades, otros ámbitos de intervención en las II Jornadas sobre Perspectiva laboral y orientación profesional

en el alumnado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, el 17 de enero de 2018.

- Redes de apoyo social en el proceso final de vida, en el Congreso Andaluz de Sociología, en Huelva a 23 y 24 de noviembre de 2018.
- Redes Sociales en el afrontamiento al final de la vida. Intercambio de experiencias, en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.
- PÓSTERS:
  - Caso Clínico sobre el afrontamiento de la muerte: Recursos disponibles en el V Congreso Nacional de Salud Mental, “Soy como tú, aunque no lo sepas”. 26 y 27 de abril de 2017, Huelva.
  - Claudicación familiar en cuidados paliativos: necesidad de detección innovadora, en el XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 7-9 de junio de 2018. Vitoria-Gasteiz.
  - El cuidador principal: indagando en las manifestaciones clínicas, en el I congreso internacional de salud mental “sin máscaras, sin barreras”. 2-28 septiembre de 2018. Huelva.
- COMUNICACIÓN ORAL:
  - Factores influyentes en la Atención domiciliaria en el XXVII Congreso Nacional de la SEEGG en abril 2021. Pendiente de presentar, (Pospuesto por motivos de la Pandemia por Covid- Fecha inicial 27, 28 y 29 de septiembre).

## **FASE 2. Competencia Cultural al final de la vida en Estudiantes de diferentes contextos culturales.**

ARTÍCULO 2: García-Navarro, EB; Araujo-Hernández, M; Rigabert, A & Rojas-Ocaña, MJ. Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal). PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254870>

- La revista PLOS ONE posee un factor de impacto de 3.240 (2020); y se encuentra en el primer cuartil (Q1) de Rank by Journal Citation Indicator (Información más detallada en el Capítulo 5. Ejemplares de los artículos, sección 5.2).

- PONENCIAS:
  - o “Gestionando la diversidad en el proceso de morir: Experiencia Senegal” en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.
  - o “Cooperación y cuidados al final de la vida. Una experiencia en África subsahariana” de las III JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.
- PRESENTACIÓN PÓSTER:
  - o The role of intercultural mediation in end-of-life care. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care. 23-25 mayo 2019, Berlin, Alemania.
  - o Influence of cultural diversity at the end of life: a phenomenological study. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care. 23-25 mayo 2019, Berlin, Alemania.
- PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS:
  - o Proyecto de Innovación en Docencia e Investigación Educativa, modalidad en Equipos: “Competencia cultural en los cuidados al final de la vida, diferentes perspectivas docentes en entornos transfronterizos” en la Universidad de Huelva 2017/2018.
  - o Proyecto cooperación internacional “Realización de una propuesta de implementación del título en Enfermería de la Universidad de Dakar con objeto de su nivelación para acceder a titulación de grado así como su homologación en el marco europeo.” 2019-2021.
  - o Subvenciones en régimen de concurrencia no competitiva, dirigidas al fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía. Curso online: Agentes Clave de comunidades compasivas Universitarias transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía. Fecha: 18 febrero 2019 a 17 septiembre 2021.
- ESTANCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN:

- Estancia en la Universidad Hekima (Dakar, Senegal), con el Proyecto de Cooperación Docente de la Universidad de Huelva, del 1 de julio al 31 de septiembre de 2019.
- COMITÉ CIENTÍFICO Y ORGANIZADOR:
  - III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.

### **FASE 3. Situación especial Covid-19**

- ARTÍCULO 3: Rojas-Ocaña, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., Román-Mata, S. S., & García-Navarro, E. B. (2020). Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Sustainability*, 12(19), 8099: <https://doi.org/10.3390/su12198099>. La revista Sustainability Posee un Factor de impacto de 3.251 (2020) y se encuentra en el segundo cuartil de la JCR (Q2). (Información más detallada en el Capítulo 5. Ejemplares de los artículos, sección 5.3).
- PÓSTERS:
  - “La disciplina enfermera de atención primaria como factor de sostenibilidad del sistema sanitario durante la pandemia covid19”, en el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería, celebrado del 17 al 24 de marzo de 2021.
- CURSO IMPARTIDO:
  - Curso Internacional organizado por la Universidad de Huelva (UHU) y la Universidad Técnica Particular de Loja-Ecuador “Abordaje del duelo en tiempos de covid19” desarrollado del 19 de enero al 10 de febrero de 2021. Curso en formato virtual.

### **FASE 4. Familia y Acompañamiento.**

- ARTÍCULO: Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa. Miriam Araujo Hernández, Sonia García Navarro y E. Begoña García-Navarro. *Enfermería Clínica*. 2020; S1130-8621; <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>. La revista Enfermería Clínica está indexada esta revista está Indexada en National Library of

Medicine/Pubmed/Medline, Scopus/SCImago Journal Rank(SJR), Emerging Sources Citation Index (ESCI) (Clarivate Analytics) CINHALL, Elsevier Bibliographic Databases, EBSCO Publishing, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, CSIC/IME, IBECS, Latindex, CUIDEN, Dialnet, Google Scholar Metrics, SCOPUS, ISSN: 1130-8621 E-ISSN: 1579-2013, Cite Score en el año 2019 de 0.6, Percentil 36, SJR 2019 de 0,178 y SNIP 2019 de 0,619. (Información más detallada en el Capítulo 5. Ejemplares de los artículos, sección 5.4).

– PONENCIA:

- Acompañamiento al final de la vida. Terapia farmacológica y no farmacológica en cuidados paliativos. Uso Racional del Medicamento. (2 h). 25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC. 6, 7 y 8 de octubre de 2016.

– PROYECTOS:

- Convocatoria a subvenciones para el fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía para el proyecto: I Seminario “Comunidades Compasivas Transfronterizas: Nuevo reto en el siglo XXI. 01/11/2019 al 30/04/2020. Ampliado hasta el 30/10/2020.
- Convocatoria a subvenciones para el fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía. Curso online: agentes clave de comunidades compasivas universitarias transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía. Del 15/11/2020 al 14/11/2021.



Tabla 1. Contribución científica.

<b>PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INCLUIDA EN LA TESIS</b>	FASE 1. Rol de la enfermera en las intervenciones educativas para el cuidado de personas al final de la vida.	Póster: Caso Clínico sobre el afrontamiento de la muerte: Recursos disponibles. V Congreso Nacional de Salud Mental, “Soy como tú, aunque no lo sepas”. 26 y 27 de abril de 2017, Huelva.	A.7
		Ponencia “rol enfermero: otras realidades, otros ámbitos de intervención” en las II Jornadas sobre Perspectiva laboral y orientación profesional en el alumnado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, el 17 de enero de 2018.	A.8
		Póster: Claudicación familiar en cuidados paliativos: necesidad de detección innovadora. XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 7-9 de junio de 2018. Vitoria-Gasteiz.	A.9
		Póster: El cuidador principal: indagando en las manifestaciones clínicas. I congreso internacional de salud mental “sin máscaras, sin barreras”. 27-28 septiembre de 2018. Huelva.	A.10
		Ponencia “Redes de apoyo social en el proceso final de vida” en el Congreso Andaluz de Sociología, en Huelva a 23 y 24 de noviembre de 2018.	A.11
		Ponencia internacional “Redes Sociales en el afrontamiento al final de la vida. Intercambio de experiencias” en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.	A.12
		Comunicación Oral: Factores influyentes en la atención domiciliaria. XXVII Congreso Nacional de la SEEGG. 26 al 29 de abril 2021.	A.13
	FASE 2. Competencia Cultural al	Proyecto de Innovación en Docencia e Investigación Educativa, modalidad en Equipos: “Competencia cultural en los cuidados al final de la vida, diferentes perspectivas docentes en entornos transfronterizos” en la Universidad de Huelva 2017/2018.	A.1

final de la vida en el alumnado de diferentes contextos culturales.	Ponencia internacional "Gestionando la diversidad en el proceso de morir: Experiencia Senegal" en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.	A.14
	Póster: The role of intercultural mediation in end-of-life care. 16th world congress of the european association for palliative care. 23-25 mayo 2019, Berlin, Alemania.	A.15
	Póster: Influence of cultural diversity at the end of life: a phenomenological study. 16th world congress of the european association for palliative care. 23-25 mayo 2019, Berlin, Alemania.	A.16
	Estancia en la Universidad Hekima (Dakar, Senegal), con el Proyecto de Cooperación Docente de la Universidad de Huelva, del 1 de julio al 31 de septiembre de 2019.	A.6
	Subvenciones en régimen de concurrencia no competitiva, dirigidas al fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía. Curso online: agentes clave de comunidades compasivas universitarias transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía. Fecha:2020	A.3
	Proyecto cooperación internacional "Realización de una propuesta de implementación del título en Enfermería de la Universidad de Dakar con objeto de su nivelación para acceder a titulación de grado y máster, así como su homologación en el marco europeo." Fecha:18 febrero 2019 a 17 septiembre 2021.	A.4
	Comité científico y organizador de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.	A.17 A.18
	"Cooperación y cuidados al final de la vida. Una experiencia en África subsahariana" de las III JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.	A.19

FASE 3. Cuidados enfermeros en situación especial Pandemia por Covid-19.	Curso Internacional organizado por la Universidad de Huelva (UHU) y la Universidad Técnica Particular de Loja-Ecuador “Abordaje del duelo en tiempos de covid19” desarrollado del 19 de enero al 10 de febrero de 2021. Curso en formato virtual.	A.20
	Póster: “LA DISCIPLINA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO FACTOR DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID19”, en el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería, celebrado del 17 al 24 de marzo de 2021.	A.21
FASE 4. Abordaje familiar de pacientes al final de la vida en situaciones especiales.	Ponente Acompañamiento al final de la vida. Terapia farmacológica y no farmacológica en cuidados paliativos. Uso Racional del Medicamento. 25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC. 6, 7 y 8 de octubre de 2016.	A.22
	Convocatoria a subvenciones para el fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía para el proyecto: I Seminario “Comunidades Compasivas Transfronterizas: Nuevo reto en el siglo XXI. 01/11/2019 al 30/04/2020. Ampliado hasta el 30/10/2020.	A.2
	Convocatoria a subvenciones para el fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía. Curso online: agentes clave de comunidades compasivas universitarias transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía. Del 15/11/2020 al 14/11/2021.	A.3





## CAPITULO 2. ANTECEDENTES



## **2.1 Rol de la enfermera en las intervenciones educativas domiciliarias para el cuidado de personas dependientes y al final de la vida.**

El cuidado en el entorno domiciliario, donde la enfermera comunitaria desarrolla su actividad, se ha convertido en el modelo asistencial fundamental de la salud del sistema sanitario, concretamente en el entorno andaluz (Decreto de apoyo a las familias andaluzas, 2002; IMSERSO, 2014). Este espacio sitúa a las personas cuidadoras y a las personas mayores dependiente o en situación de últimos días, como eje troncal de la atención e intervención enfermera, así como su labor profesional.

Las leyes estatales y regionales como la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, han ido dándole cobertura legal y funcional a la labor de la enfermera, y a la atención de nuevas demandas de salud, como han sido los cuidados de personas dependientes y al final de la vida.

Las tareas que las enfermeras desarrollan en el contexto domiciliario, atendiendo a cuidadoras, personas dependientes o personas en proceso final de vida, están enfocadas en las acciones de formación y orientación que deben trabajar con este colectivo, para asegurar uno de los principios fundamentales de los cuidados, asegurar la máxima autonomía y dependencia del paciente y familia en el desarrollo de su proceso de salud (Nishiguchi et al., 2019).

Estas tareas deben estar fundamentadas en dotar al paciente y familia de conocimiento, fuerza o actitud y habilidades prácticas (Blackman et al., 2018). Algunas de estas tareas son: enseñar actividades para atender a la persona dependiente; orientarles y adiestrarles en técnicas de su propio autocuidado; enseñarles estrategias de utilización de recursos materiales y humanos. Todo ello supone un proceso formativo que requiere, por parte del profesional de salud, habilidades y conocimientos experto en los procesos de aprendizaje de personas adultas; en contextos domésticos (no académicos o institucionales) y en situación crítica o dependiente (problemas de salud), unido a las características que acompañan a las dinámicas familiares que se viven en el domicilio.

Los antecedentes que tenemos de este fenómeno son bastante explícitos en la identificación de los problemas (Del Rio Lozano et al., 2017); orientados principalmente en el perfil de las personas dependientes y de las personas cuidadoras (Rodríguez-Madrid et al., 2019); y las demandas que este colectivo hace sobre su problemática (IMSERSO, 2014). Pero se observa una laguna importante en lo relativo a las vivencias de los profesionales de enfermería en el desarrollo de ese rol así como en las estrategias y dificultades que experimentan. Las personas dependientes, ancianas y las que experimentan situaciones de últimos días (IMSERSO, 2014), son el colectivo que justifica lo esencial de la labor de la atención domiciliaria, y evidencian como esta labor conforma una de las estrategias básicas de intervenciones de los equipos de salud hacia la comunidad a la que presta sus servicios.

La intervención profesional en este contexto domiciliario, requiere un compromiso de respeto a los usuarios –es su espacio personal-, un planteamiento global de la idea de salud que se pretende trabajar y, al mismo tiempo, un conocimiento amplio de los distintos factores intervinientes. Se deben abordar cuestiones estructurales y organizativas del usuario, de los familiares, del entorno y de los sistemas de servicios. A su vez requiere conjugar intereses profesionales de los diferentes grupos afectados (Pozo, 2018).

Trabajar desde el domicilio significa tener presente el enfoque sistémico. El domicilio debe ser considerado como un “microsistema”, donde las relaciones personales, los valores, la estructura física, etc., actúan de forma simultánea marcando el tipo de intervenciones que se deben desarrollar.

Diferentes estudios describen el significado del medio o entorno domiciliario (Bohórquez et al., 2011; Del Rio Lozano et al., 2017; Hall et al., 2011; Puchi y Jara, 2015) como el espacio de cotidianidad, donde se desarrolla la capacidad de la autonomía y la calidad de vida de los individuos. El espacio domiciliario permite una vivencia real y un desarrollo de todas las necesidades de los usuarios. Las personas que viven un proceso de dependencia, donde su desarrollo vital se ve comprometido, encuentra en el hogar un lugar donde vivir de manera adaptativa esa pérdida progresiva.

Hay que tener en cuenta que el proceso de dependencia, modifica la capacidad y velocidad de adaptación. Las personas dependientes necesitan más tiempo para adaptarse a nuevos espacios, necesita referentes conocidos y estables,

referentes de carácter físico, así como de las personas a nivel afectivo (Fernández et al., 2018). Por lo tanto, el dominio del espacio y de sus elementos, en el “hogar de siempre”, no necesita tantos esfuerzos, porque permiten aumentar la automatización y la seguridad.

El entorno conocido, el hogar de las personas y su contexto, no solo permiten un lugar de seguridad física, sino que ofrecen a las personas y la familia un entorno emotivo donde continuar su ciclo vital, ya que el entorno conocido, está unido a su historia personal (Ham et al., 2012).

Toda esta cobertura, atendida desde la Atención Domiciliaria, es uno de los valores y baluarte de nuestro sistema sanitario. Históricamente, la Atención primaria fue un salto cualitativo en la atención sanitaria de nuestra sociedad, avalada por la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

La Atención Domiciliaria, nos permite conocer e identificar aspectos, que ninguna otra fuente nos puede aportar, dando una visión global y contextualizada del problema que nos obliga a fomentar la coordinación con otros sectores. Además, potencia la permanencia de la persona en su medio e incrementa la responsabilidad de los familiares con respecto a la persona dependientes en cualquiera de sus parcelas de salud. Otro de sus beneficios radica en la atención integral del paciente, así como el aumento de la capacidad de decisión del mismo con respecto a sus problemas de salud (Genet et al., 2013; Rodríguez-González et al., 2017).

Durante siglos, la atención a los problemas de salud, se ha realizado, fundamentalmente en el espacio social (comunitario), donde el domicilio aparecía como contexto natural del cuidado a las personas enfermas o dependientes. Ese contexto natural (domiciliario), se caracteriza por una participación en sus cuidados (Bernal et al., 2018), desde la experiencia del cuidador y del paciente. Esto hace la práctica enfermera mucho más humana, pues permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su propia salud y no simplemente receptor de actividades planteadas por el profesional que les atiende (Vabo, 2012).

En el entorno domiciliario, además, se cobra especial énfasis la tendencia en las políticas sociales a priorizar los cuidados de las personas en la comunidad y la preferencia de la atención de las personas en su domicilio (Davis y Brayne, 2015).

Esta atención recae principalmente en la enfermera. Según el Real Decreto 1231/2001 que regula la actividad profesional de enfermería, las acciones domiciliarias formativas, representan una gran de sus tareas asistenciales.

Las intervenciones educativas, como desarrollo propio del rol enfermero, y su efectividad en los sistemas sanitarios, han evidenciado que, la inversión en ella y en los recursos ofrecidos, no solo genera una reducción del gasto sanitario, sino que genera mejores resultados en los pacientes y familia y afianza el rol de la profesión (Giménez-Díez, 2021)

Llegado a este punto, se hace necesario conocer qué son las intervenciones enfermeras y como las educativas poseen un protagonismo especial en el ámbito de la atención comunitaria. Según la Nursing Interventions Classification (Dochterman et al., 2004), las intervenciones enfermeras son "todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente". Las intervenciones enfermeras pueden ser intervenciones directas, las que se ofrecen de manera directa al paciente, y las intervenciones indirectas, son las acciones realizadas por las enfermeras, que están dirigidas a ofrecer cuidados al ambiente y entorno que rodea al paciente. Aquí podríamos incluir las intervenciones educativas que se ofrecen a las cuidadoras de personas que se encuentran en el entorno domiciliario. Es importante resaltar, que, aunque quién ofrece los cuidados de manera directa sea la cuidadora o cuidador, la responsabilidad de dotar de todos los recursos es de la enfermera, puesto que es parte de su labor y responsabilidad con la persona dependiente.

Las intervenciones enfermeras dirigidas a la capacitación de cuidadoras se clasifican en cuatro bloques (Cerquera et al., 2017):

- Asesoramiento(*counseling*)
- Intervenciones psicoeducacionales,
- Intervenciones multicomponentes
- De respiro o descanso.

Las intervenciones educativas, usadas en la actualidad por las enfermeras, se inspiraron en las desarrolladas por Bourgeois et al. (1996), como actividades de asesoramiento o *counselling*, las cuales combinan aspectos formativos para el cuidador que lo capacita para atender las necesidades del paciente/usuario.

Las intervenciones formativas, pretenden dotar de destrezas, conocimiento y aptitud para resolver los problemas derivados del cuidado diario de la persona dependiente. Estas intervenciones, también pretenden atender las necesidades derivadas de la atención de los cuidados, además de atender todos los componentes que el entorno genera en la atención domiciliaria.

Las intervenciones domiciliarias, por lo tanto, son parte de la identidad de las enfermeras, y su desarrollo configura parte de la disciplina profesional que desarrollan (García-Carpintero et al., 2017). Un profesional, no es sin su metodología, por lo tanto, la metodología enfermera debe contemplar este tipo de actividades como parte de su proceso (Mateos, 2017).

Es así como la metodología enfermera estructura el lugar donde desarrollar las intervenciones en la labor asistencial, como dice Siles (García-Carpintero et al., 2017), la disciplina enfermera está fundamentada en un método, y este método es el hecho de seguir un camino, buscar un fin mediante la estructuración jerárquica de un proceso. Digamos que, el método nos vehicula la forma en la que ofrece estas intervenciones educativas forman parte de una estructura mayor la cual permite un fin más amplio, los cuidados.

Las intervenciones educativas de enfermería, se desarrollan dentro del proceso enfermero, en la fase de planificación, la cual está precedida por la valoración y el diagnóstico, y finalizado por la ejecución de las mismas y la valoración del proceso (Mateos, 2017).

La metodología enfermera, y el aprendizaje del proceso de enfermería, es elemento troncal y básico de la formación de las futuras enfermeras, está contemplado en diversidad asignaturas (Manso-Perea et al., 2019) del grado y permiten, no solo establecer las bases del desarrollo del rol de la enfermera, y atender las necesidades específicas que sobrevienen de cada proceso de salud, como puede ser el final de la vida, sino que permite entender que, tanto el macro, como el micro contexto (familiar, culturas, social, etc...), son elementos más que importantes para una atención sanitaria de calidad.

## **2.2 Competencia Cultural al final de la vida en Estudiantes de diferentes contextos culturales**

El término competencia cultural, emana de la unión entre cultura y atención de necesidades específicas que salen de ella. La cultura, según refiere Sir Edward Tylor (1888), primer autor en conceptualizar el término, es la inclusión de conocimientos, creencias, arte, moralidad, leyes, costumbres y cualquier otra destreza y hábitos que adquieren los seres humanos en cuanto a miembro de la sociedad (Brunner, 2011).

El concepto de cultura proviene de la antropología, y aunque es un término muy usado e investigado, no posee un acuerdo conceptual, por ello ha sido definido múltiples veces, por autores de diversas áreas de conocimiento. En lo que todos concuerdan es que la cultura permite conocer los modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo de las personas o grupo social en un entorno, que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación en generación a través de la comunicación, más se convierten en una barrera cuando la comunicación u otros factores intervienen en ella (García-Navarro, 2015; Escobar-castellanos y Paravic-Klijn, 2017).

Estos modos de vida y costumbres, son reflejados en todas las necesidades de la vida de los individuos, como puede ser los procesos de salud-enfermedad. La forma de entender la salud, de vivir la enfermedad, de entender los procesos curativos o de final de vida, de cuidar en medio de esta experiencia, poseen una influencia directa de la cultura en la que se vive esta experiencia.

Si al realizar el ejercicio de cuidar, comenzáramos a reconocer frente a nosotros, al otro ser humano como fuente de saber, con una historia, una posición en lo global y lo local, si, además, desarrolláramos un sentido de interdependencia entre los saberes profesionales y los no profesionales, se pondría de manifiesto una auténtica interrelación humana cuyo propósito conjunto sería promover la salud y la vida fomentando metas comunes (Khondker, 2013). Es decir, que si incluyéramos en la experiencia salud-enfermedad la visión cultural y todo su entramado, seríamos capaces de ofrecer unos cuidados más competentes y efectivos.

Esta teoría de los cuidados culturalmente sensibles, y de la atención desde una perspectiva de competencia cultural fue teorizada y trabajada por Madeleine

Leininger (1995), la cual desarrolló este enfoque desde la antropología cultural, social, psicológica y enfermera (Escobar-castellanos y Paravic-Klijn, 2017).

Madeleine Leininger trató de crear un punto de unión entre los conceptos cultura y cuidados, describiendo como ambos se interconectaban e influían de manera bidireccional. Leininger (1995) definió cultura como *“las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción”*, y cuidados como *“la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar y afrontar su enfermedad, su discapacidad o hacer frente a la muerte”* (Rodríguez, 2020).

La interrelación de la cultura, los cuidados y las necesidades provenientes de estos procesos, da lugar a una nueva cosmovisión de los cuidados, transcurriendo en un nuevo concepto, *“la transculturalidad”*. Esta se entiende como *“un fenómeno que afecta a varias culturas o a sus relaciones”*, y que ocurre cuando un grupo social recibe y adopta las culturas que provienen de otros grupos, de modo que la comunidad acaba sustituyendo en mayor o menor medida sus propias prácticas culturales y profesionales, así como el idioma, forma de vestir, entre otras características (Escobar-castellanos y Paravic-Klijn, 2017).

Esta nueva forma de ver la realidad desde un enfoque cultural dio lugar a la formulación de un nuevo modelo de enfermería, *“la enfermería transcultural”*, en la que Madeleine Leininger fue fundadora y autora. Leininger (1995) desarrolló su conocido *“modelo del sol naciente”* (Figura 3.), que describía la enfermería transcultural como *“el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte (1995 p.27)”*. Esta definición fue la base de su posterior trabajo poniendo las bases para la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y la universalidad, realizada en base a los conceptos de cultura, cuidados y cuidados culturales (Dandicourt, 2018).

# Madeleine Leininger's Transcultural Nursing

## The Sunrise Enabler to Discover Culture Care Sunrise Model

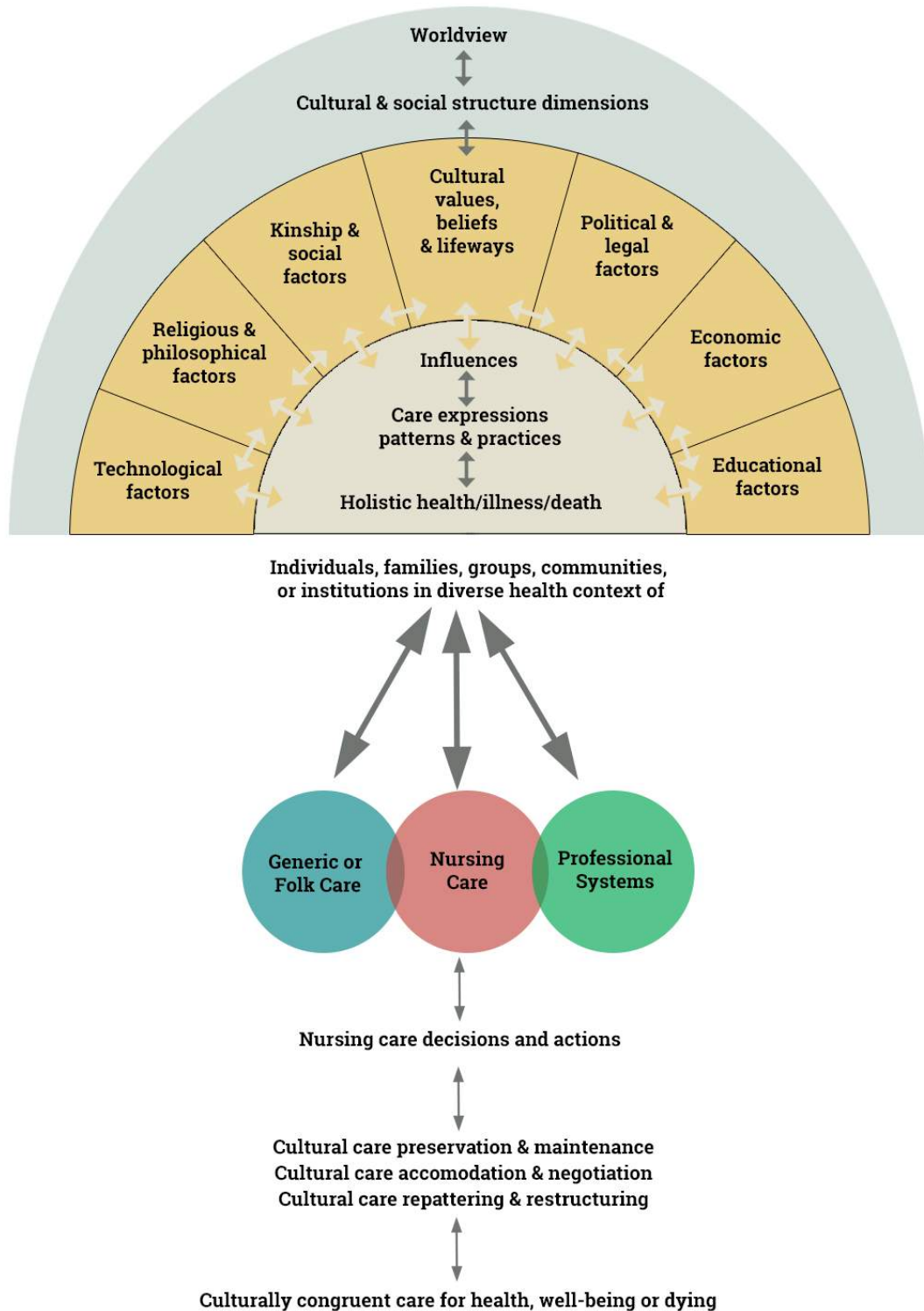


Figura. 3. Leininger, M., & Reynolds, C. (1991). Culture care diversity and universality theory. *Nursing*.

Madeleine Leininger puso las bases de un nuevo modelo de enfermería, pero muchos otros autores añadieron elementos que enriquecieron la perspectiva desde la que se debía ver y acompañar al paciente en su proceso de salud-enfermedad.

Rachel Spector, determinó que la cultura da forma a la manera en que la persona vive la salud y la enfermedad (Spector, 2012), por lo que una visión cultural era la forma adecuada de tener un acercamiento al emic de la persona.

Spector creó el modelo de Herencia cultural y tradiciones de salud, y determinó que unos cuidados culturalmente sensibles o unos “cuidados culturales” implica poseer conocimientos básicos y actitudes constructivas hacia las tradiciones de salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en el que se está trabajando (Bonill y Celdrán, 2012). Ninguna enfermera podría estar ofreciendo unos buenos cuidados si no atendía esta realidad cultural en los pacientes, según este autor (Spector, 2012), los cuidados culturales en enfermería son la integración efectiva de los antecedentes etnoculturales del paciente y de sus tradiciones de salud respecto a los cuidados de enfermería, que están basados en el proceso de intervención enfermera. Para ser un verdadero agente de cuidados, se debe ser culturalmente congruente, competente y sensible.

Spector identificó como conceptos principales para una atención culturalmente sensible, la atención de todas las necesidades que se desprendían de la consistencia hereditaria, las tradiciones de salud y los fenómenos culturales que afectan a la salud (control ambiental, variaciones biológicas, organización social, comunicación, espacio y orientación temporal) (Shen, 2015).

Otro de los descendientes de este modelo cultural, fue Larry Purnell (2019), cuyo modelo de competencia cultural, se caracterizó por la conceptualización de múltiples teorías donde el profesional de salud es el mayor responsable de la creación de un entorno adecuado para valorar las influencias y la identificación con su grupo cultural, tales como las características primarias (raza, nacionalidad...) y secundarias (estado socioeconómico, nivel de educación, ocupación...) (García-Navarro, 2015).

Los conceptos relevantes del metaparadigma del modelo que describió Purnell, en los que fundamenta todo su modelo fueron la comunidad, familia, sociedad global, salud y persona, además, estableció los llamados dominios culturales que

afectan a la salud del individuo, como son, la herencia, la comunicación, los roles y organización familiar, los asuntos de trabajo, la ecología biocultural, el comportamiento de alto riesgo, la nutrición, el embarazo y prácticas de nacimiento, los rituales de muerte y la espiritualidad (Purnell, 2019).

Purnell a diferencia de otros autores, describe el modelo de competencia cultural como cambiante y no línea. Defendió que el paciente se encuentra en continua adaptación social, tratando de mantener sus valores y creencias más importantes, mientras que a su vez la sociedad de acogida también influye en él mismo. A través del diagrama circular (Figura 4.), Purnell describe esta sinergia entre los diferentes elementos y el individuo, estableciendo las relaciones que afectan a su salud. Este modelo plantea doce interrelaciones entre sí, manifestando que la afectación de solo uno de ellos podría condicionar al resto, planteando así este modelo cambiante.

Los conceptos principales que describe en su modelo son: Sociedad global, comunidad, Familia y persona, siendo doce los dominios con los que se interrelacionarían.

Los dominios son la *visión/herencia* (origen, residencia y lo referido a su proyecto migratorio), *comunicación/ dominio del lenguaje* (dominio del lenguaje, dialecto, significado cultural de las palabras), *roles y organización familiar* (roles de género, roles familiares, diversos modelos familiares), *cuestiones de recursos humanos* (prácticas del cuidado de la salud en el país de origen, aculturación, autonomía), *ecología/ biocultura* (variaciones fenotípicas, color de la piel, diferencias físicas), *comportamiento de alto riesgo* (hábitos tóxicos como tabaco, alcohol y estilos de vida no saludables), *nutrición* (significado de la comida, alimentos comunes, forma de preparado), *embarazo y prácticas de nacimiento* (prácticas de fertilidad, relacionadas con el parto y puerperio, significado de la maternidad), *rituales de muerte y duelo* (rituales de despedida, significado de la muerte), *espiritualidad y prácticas religiosas* (uso de la oración, significado de la vida y la muerte), *prácticas del cuidado de la salud* (prácticas tradicionales, creencias mágico/religiosas) y *prácticas de los cuidadores de la salud* (prácticas populares, significado del cuidado), (Purnell, 2019).

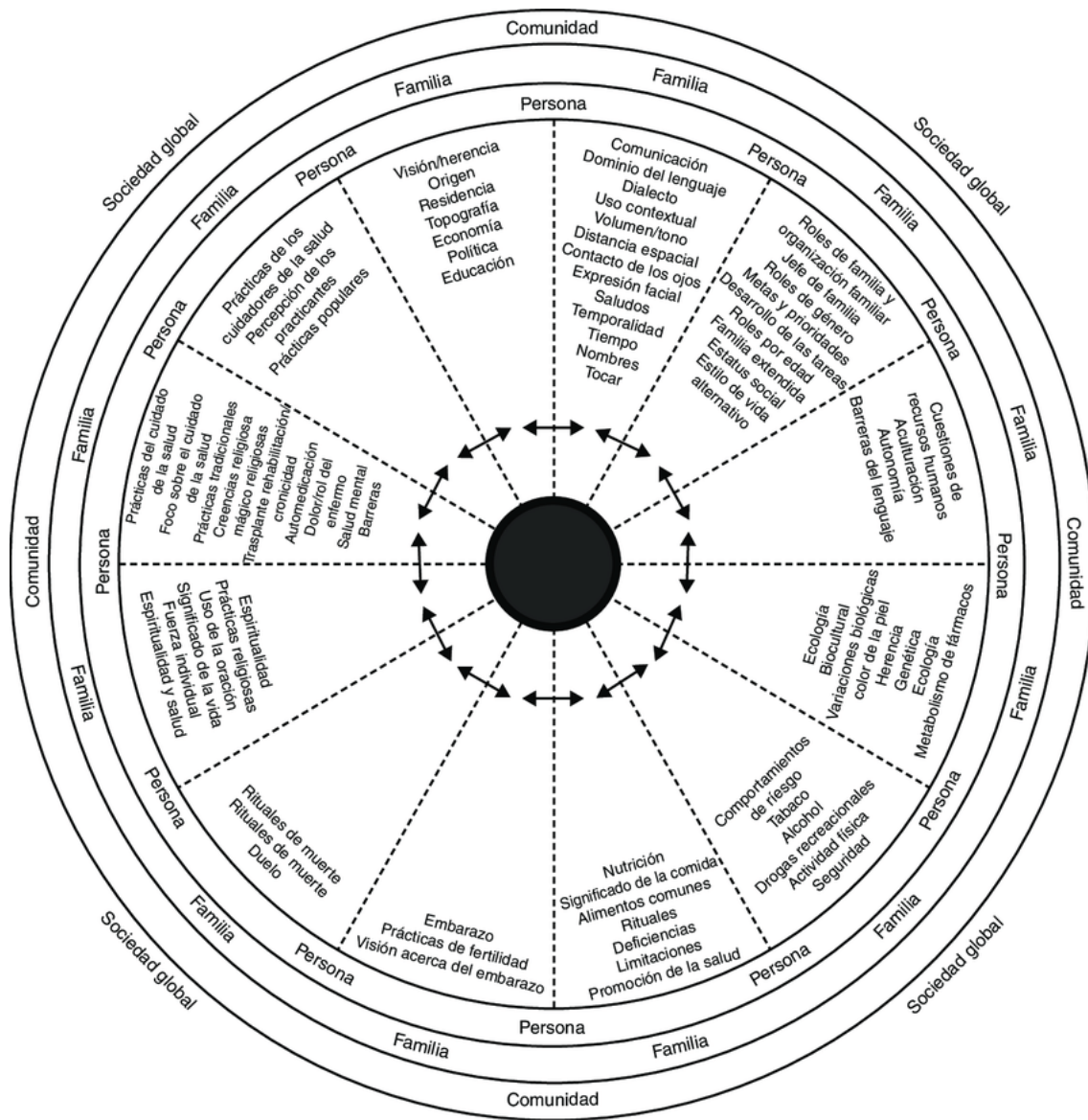


Figura 4. Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. Journal of transcultural nursing, 13(3), 193- 196

Purnell (2002) describe la competencia cultural como una progresión consciente, donde la persona puede ascender y retroceder en diferentes momentos, y en las que requiere de formación, adquisición de competencias, habilidades y aptitudes. Por eso se puede ir pasando de manera alterna de la incompetencia inconsciente, a la incompetencia consciente. El fin de este modelo es dotar a las personas hasta conseguir que su competencia consciente, se convierta en competencia inconsciente y los cuidados que ofrezcan sean

culturalmente sensibles sin necesidad de un proceso mental complejo, sino que nazcan de manera natural.

Como describe el propio Purnell y Paulanka, recogido en la Tesis Doctoral de Timbo, D.M (Timbo, 2016), *lo fundamental para alcanzar una competencia cultural es el desarrollo de relaciones satisfactorias mutuas entre grupos culturalmente diferentes y para ello se necesitan unas buenas habilidades interpersonales y la aplicación del conocimiento y las técnicas aprendidas desde las ciencias físicas, biológicas y sociales, así como de las humanidades.*

Otra autora relevante en este enfoque cultural de los cuidados es Campinha-Bacote (2011), quien desarrolló un modelo que iba más allá de la cultura de la persona o comunidad. Ella fundamentó su propuesta en la competencia cultural en la prestación de los servicios de salud, asegurando unas intervenciones eficientes basada en la adquisición de competencia cultural.

Campinha define la competencia cultural como “*el proceso en el cual los profesionales sanitarios se esfuerzan continuamente por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales*” (Mahmoodi et al., 2017), e incluye en su modelo dos términos antes no definidos, “el deseo cultural” y los “encuentros culturales”.

Incluyendo estos dos nuevos conceptos que Campinha-Bacote aporta, el concepto de competencia cultural se fundamenta en estos seis constructos, los cuáles son interdependiente entre sí, y no dependen del lugar donde el proveedor ofrezca sus cuidados.

*Deseo cultural:* motivación que tiene el profesional para aprender y entender al otro. Su nivel de apertura para promover o escuchar nuevas ideas.

*Conocimiento cultural:* Formación, búsqueda de información, manera de enfocar el proceso salud-enfermedad, conocer de manera global al grupo foráneo que va a atender.

*Conciencia cultural:* Eliminación de prejuicios y estereotipos erróneos para entender y atender mejor las diferencias culturales y las necesidades específicas derivadas de la cultura. Actitud respetuosa.

*Habilidades culturales:* Desarrollo de métodos y estrategias para identificar la visión del individuo, sus necesidades, inquietudes, con el objetivo de establecer intervenciones que atiendan a sus necesidades.

*Encuentros culturales:* Interacción con personas de otros contextos culturales para poder entender la cultura.

*Sensibilidad cultural:* Incluye la aceptación, el respeto, la facilitación y negociación derivada del trato entre compañeros.

Además, se propone el desarrollo de la competencia comunicativa transcultural, lugar para el intercambio de ideas, información, temas relevantes para el cuidado profesional, en el que no solo se intercambian contenidos sino significados (Campinha-Bacote, 2011).

Estos modelos crearon la base de los cuidados culturalmente competentes pero su implantación en los diferentes contextos de salud, aún están en discusión. Mientras que, en otros países, se puede hacer uso de modelos como los de Leininger o Campinha-Bacote para el desarrollo del plan de cuidados, en España la teoría y modelo de enfermería transcultural no se ponen en marcha por las enfermeras (Castrillón, 2015).

Estos modelos están repleto de “discursos amplios y vagos no aplicables a la vida real, y al ser así, las enfermeras no adquieren el compromiso de llevarlas a la acción” por escasez de formación y de conocimientos específicos, insuficientes recursos bibliográficos e investigaciones, y una falta de motivación. Se está más preocupado en los estigmas atribuidos a las personas extranjeras (como son las enfermedades infecciosas, las enfermedades derivadas de la falta de higiene o prácticas sexuales) que a sus necesidades reales (Lozano et al., 2016).

La globalización en la que nos encontramos, y la alta presencia de población inmigrante en Europa, y concretamente en España, nos ha despertado la necesidad de "brindar un cuidado culturalmente sensible", y de expandir los componentes del modelo de "competencia cultural" de Leininger, Purnell, Spector y Campinha-Bacorte a la investigación de los cuidados, de adaptar los cuidados de enfermería a la diferencias culturales, de aprender a vivir en la diferencia y "mirar de cerca" al inmigrado o de visibilizar, desde los aportes de la antropología en el campo de la enfermería, los choques culturales frente al significado del enfermar (Castrillón, 2015).

Esta necesidad se hace difícil de atender si no se ha tenido una formación y sensibilización previa, en la etapa formativa, por ello, se ha visto necesario ofrecer recursos formativos desde el primer grado formativo en enfermería (grado), hasta el nivel de especialización, con cursos de formación especializada, máster y programas de doctorado (Martos- Rascón, 2017).

Existen diversos estudios (Choi y Kim, 2018; Qin y Chaimongko, 2021), que han desarrollado investigaciones para conocer cuál es la implicación de los estudios de grado y post grado ante la diversidad cultural. Concretamente en nuestro entorno, se ha llevado a cabo una investigación (González, 2013), en la universidad de Almería, con el objetivo de conocer los contenidos en competencia cultural y competencia comunicativa intercultural que ofrece la formación reglada de los futuros profesionales enfermeros en España. Se analiza el trabajo desarrollado por expertos de universidades españolas reunidos para el desarrollo del informe del Libro Blanco de la Aneca (Aneca, 2005). Se sometió a estudio la valoración de la importancia de cada una de las competencias transversales o genéricas, detallando aquellas competencias que hacen alusión al trabajo en una sociedad multicultural. Entre las competencias transversales o genéricas aparecieron las siguientes:

- CG22. Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad. Valorada como muy importante por un 40% de la muestra.
- CG23. Habilidad para trabajar en un contexto internacional. Valorada como muy importante solo por un 13% de la muestra.
- CG24. Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas. Valorada como muy importante solo por un 15% de la muestra.

A destacar también que tan solo el 11% de los encuestados consideraron el conocimiento de una segunda lengua como de mucha importancia para el desarrollo de su labor profesional, el 49.5% lo consideran como bastante importante. Lo mismo ocurrió con la habilidad para trabajar en un contexto internacional (50.3%) y con el conocimiento y costumbres de otras culturas (51.4%).

Respecto a las competencias específicas de Enfermería solo encontraron una perteneciente al Grupo 1 de competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera que puede tener relación con el trabajo en espacios multiculturales:

- CE02. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos. Valorada como muy importante por un 71%.

Estos datos evidencian, la baja valoración que tiene en la formación de los futuros estudiantes, los elementos descritos por Camphina Bacote (2011) para ofrecer cuidados culturalmente competentes.

De manera específica, y analizando, no solo las competencias generales, sino la ejecución práctica dentro de la formación universitaria, destacan varios estudios. En la zona luso-española (García-Navarro y Da Costa, 2017), se realizó un estudio observacional comparando dos poblaciones culturalmente diferentes dentro de una zona transfronteriza (Algarve-Huelva). Su principal objetivo fue identificar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la diversidad cultural en un entorno sanitario.

Los resultados obtenidos en el estudio, arrojaron que el contexto cultural es fundamental para el desarrollo de actitudes hacia la inmigración, además los datos mostraron que las zonas transfronterizas (Huelva / Algarve) tienen una población migración totalmente diferente, y que la migración de élite no se considera una amenaza frente a la inmigración económica o sanitaria, que se percibe como tal, de ahí que las actitudes de los estudiantes portugueses se destaquen como más equitativas e inclusivas que las presente en los estudiantes onubenses.

Los resultados arrojaron que los valores y las creencias tienen un mayor impacto en el desarrollo de las actitudes de los estudiantes de enfermería, en los primeros años de formación, por eso se recomendó incluir los conocimientos sobre competencia cultural en los últimos años de la formación de grado. Además, identificaron como elemento clave, las reuniones periódicas con el personal docente para garantizar la competencia intercultural en todo el grado.

Este estudio concluyó resaltando la responsabilidad de los estudiantes por aumentar la conciencia de su cultura e incorporar ese conocimiento a su rol de enfermería, perdiendo el miedo a lo desconocido, para aceptar y comprender la necesidad de integrar la Competencia Comunicativa Intercultural en su competencia general, mantener una identidad cultural sin negar la del “otro” y enriquecerse mutuamente con nuevos conocimientos.

La responsabilidad de la formación, es de las ofertas académicas de las universidades formadoras de la disciplina enfermera, de su comprensión de la cultura, de su acercamiento y de su enfoque cultural.

Cierto es que cabe pensar que la “socialización profesional” en la que se sumergen los alumnos, la “cultura de la enfermería” que reciben en su proceso de formación, incide en una toma de conciencia más favorable respecto a sus propias actitudes y al reto que supone conocer y cuidar a las personas con rasgos y manifestaciones culturales diferentes. De esta manera, ser conscientes de sus propias “limitaciones”, ser más críticos con sus propias actitudes, les brinda la posibilidad de reconocer en sí mismos y en los demás los diversos modelos culturales (Kersey-Matusiak, 2018) y desarrollar una mayor sensibilidad hacia el respeto y la necesidad de valorar el bagaje cultural de las personas y el compromiso con la responsabilidad de comprender la diferencia.

Esta discrepancia en el discurso y en los estudios analizados nos retó a realizar un análisis de la realidad que nos rodea en nuestra propia universidad, y enfocarnos en el Grado de Enfermería impartido en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva.

En la Universidad de Huelva, se tiene en cuenta esta necesidad y orienta su formación en coherencia con el momento social y cultural que coexiste, pretendiendo dotar de estrategias que respondan a las necesidades sociales actuales, viviendo como imprescindible que los alumnos/as lleguen a ser profesionales competentes y comprometidos con estas necesidades. En este sentido desde hace varios años se ofertó la asignatura “Enfermería ante los nuevos retos en salud” con la finalidad de llenar el vacío curricular sobre problemas de salud emergentes, recursos sociales y sanitarios y su integración en la práctica profesional, así como dilemas éticos de los nuevos problemas de salud ante una nueva sociedad multicultural. A pesar de ser una asignatura de 6 créditos, el bloque dedicado a esta competencia es exclusivamente de tres horas, considerado insuficiente para sensibilizar culturalmente al alumnado en esta materia. Pero en cuarto curso, se presenta la asignatura “Afrontamiento a la muerte” de modalidad optativa y con 6 créditos ECTS, que se imparte durante el primer semestre (Anexo 23). Esta asignatura es la encargada de aportar al curriculum la dimensión del paciente al final de la vida los cuidados y el conocimiento de sus diferentes contextos, incluida la dimensión educadora de la

profesión, donde parte importante de su contenido curricular abarca la competencia y sensibilidad cultural en el proceso específico de la muerte. Esta asignatura ofrece recursos donde la sensibilidad cultural, los cuidados específicos donde los elementos propios de las culturas son el centro de la formación y de la dotación curricular. Pero como se ha mencionado anteriormente, es una asignatura optativa, a la que tienen acceso solo aquellos que la hayan escogido voluntariamente dentro de las otras asignaturas ofertadas.

El hecho que esta asignatura contemple la competencia cultural como elementos clave en el afrontamiento a la muerte, ratifica que el proceso final de vida posee un alto componente cultural.

El final de la vida es un proceso natural que ha sido susceptible de ser modificado, adaptándose a la evolución natural de la sociedad (Zeng et al., 2014). Aunque la muerte no cobra sentido en sí misma hasta que ocurre, el final de la vida es un estado en sí mismo, y como estado vital se ve influenciada por el momento social e histórico en el que se produce, por la situación personal de la persona y por su representación social dentro de la cultura que lo envuelve (Wachterman, 2016).

La esencia del significado de la muerte emerge a través de los conceptos y grupos sociales, de la biografía general y de unas convicciones sociales y culturales concretas. Encontramos diversas formas de comprender y entender los fenómenos vitales, según los grupos sociales y la influencia de la cultura.

El enfoque cultural que posee el afrontamiento de los procesos vitales de la persona hace necesaria la creación de modelos de Cuidados culturalmente competentes y globales, entendiendo que hay que atender el contexto global de la situación del paciente-cliente (Giménez, 2015). Leininger, incentiva a muchos autores para que, desde las diversas culturas, se distinga lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Al comprender desde la cultura el cuidado, se le podrá enfocar la promoción y mantenimiento de la salud bajo ese prisma cultural, se le podrá orientar en las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las formas terapéuticas de abordarla, así como la manera de afrontar los últimos días. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones.

No es posible pretender homogeneizar los cuidados en el final de la vida y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás (Díez-Manglano et al., 2019). Giménez (2007) nos describe que *“La organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivados en formas simbólicas, todo ello en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados”*. Este autor resalta el aspecto esquemático, simbólico y estructurado que la cultura posee ante los significados de los sucesos vitales, como la cultura determina en gran manera las estructuras, significados y afrontamiento que le damos a las situaciones, de manera muy especial la muerte. El proceso de morir ha evolucionado de un modelo tradicional, muy influido por la religiosidad y la sacralidad, a un modelo biográfico donde la persona de manera individual y tras una individualización reflexiva se hace responsable de su vida desde su inicio hasta el final, estructurando su proceso en la realidad cultural donde se desenvuelve, donde coexisten sus significados, donde construyen sus premisas y donde estructuran sus afrontamientos; como describe Olaizola *“La muerte de calidad es una elaboración cultural”* (Olaizola, 2015). Considerando que la formación en cuidados profesionales está orientada a dar respuesta a las necesidades de la población a la que van a atender los futuros profesionales, atendiendo la realidad social, cultural y las nuevas demandas en salud nos planteamos la necesidad de conocer las actitudes que tienen los alumnos del grado en enfermería de diferentes contextos sociales sobre el proceso final de vida, además de conocer las experiencias personales y formativas en la que desarrollan su formación.

Esta comparativa se realizó entre la población estudiante Subsahariana, concretamente la perteneciente a Dakar, Senegal, y la onubense, dentro del marco de la estancia de Investigación en Dakar-Senegal, donde desarrollé estos estudios. El motivo de la elección de esta población fue porque la comunidad subsahariana, según datos estadísticos del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA), es una de las poblaciones extranjeras mayoritaria en nuestro país, conocer desde su origen su realidad sanitaria, el significado que para ellos posee la salud-enfermedad y sucesos tan importantes como la muerte, nos permitirían dar una respuesta más acorde a las necesidades reales, además de detectar que

elementos de la cultura española y senegalesa son fundamentales en el abordaje y acompañamiento del doliente y la familia.

En la cultura subsahariana la religión es un elemento fundamental en el desarrollo de la sociedad, y aunque es una población donde han coexistido tres tipos de creencias, como son el animismo, el islam y el cristianismo (estas dos últimas fueron impuestas por los colonizadores (García-Navarro, 2015), la mayoría de la población es musulmana.

Conocer de qué manera la religión ha ido entrelazando los significados en la sociedad y ha formulado los conceptos de salud, enfermedad, vida, muerte, familia, felicidad, etc, se hace necesario a la hora de poder ofrecer unos cuidados culturalmente sensibles. Si entendemos el significado que para el paciente y familia tiene su proceso, podremos ofrecer unos cuidados que verdaderamente atiendan a sus necesidades específicas.

En la población musulmana, la salud es interpretada desde una concepción religiosa como un derecho (*`amana*) y una bendición (*ni`ma*), que procede de Dios. Alá es el responsable y quien dirige el cuerpo y la vida, a su vez es el encargado de crear la salud. Por ello, los musulmanes deben estar agradecidos por la salud que les ha sido dada por Dios (Ahaddour et al., 2018).

Las creencias relacionadas con la salud en la población musulmana, se relacionan con el concepto de *Tawheed*, el cual insta a los musulmanes a vivir de tal forma que quede constancia de la unión existente entre la mente y el cuerpo con Dios, todo ello significa que los aspectos físicos y espirituales de la salud van unidos. Mantener la salud se trata de una obligación para los musulmanes, siendo la salud espiritual una parte fundamental. Por este motivo, el Corán transmite formas saludables de vivir, actuando de guía en cuanto a la salud física y espiritual (Hamid, 2013).

Los musulmanes creen en una vida más allá de la muerte y también en la predestinación de la enfermedad y el sufrimiento, siendo Alá el encargado de juzgar a los musulmanes después de la vida. Por ello, la enfermedad constituye una parte fundamental en la vida de los musulmanes (Hamid, 2013).

Con respecto a la muerte en la religión islámica, se tiene en cuenta el cuerpo como un ente sagrado, constituido a su vez por tres elementos: el alma, elemento que tiene la capacidad de trascender y comunicarse con Alá; el ego carnal, su función se basa en los instintos del ser humano; y el intelecto, proporciona la

cuales de razonar y entender el universo. Todos estos elementos conforman un conjunto inseparable, el ser humano. Por ello, la agonía del dolor no es solo física, también es espiritual, de la razón y del instinto. Estos elementos tienen el mismo valor en la muerte que en la vida, por ello, en el islam está prohibido manipular el cadáver del fallecido, considerándose una falta de respeto hacia la persona, Alá y la religión (Lince-Rivera et al., 2018).

A pesar de poseer una cultura impregnada de espiritualidad y significado trascendental de todos los elementos de salud-enfermedad-vida-muerte, la formación de las enfermeras africanas, está basada en un paradigma biologicista, focalizada en mayor medida en los órganos que en los procesos. El plan de formación de enfermería recogido en la recapitulación de cada semestre (Anexo 24) contrasta esta visión biologicista y contradice a los pretendidos roles de la enfermera africana (Anexo 25).

Los profesionales que reciben esta formación, aportan posteriormente unos cuidados sanitarios con un paradigma más ligado a la enfermedad que a la salud y la humanización de los cuidados, puesto que, a pesar de que la muerte es un protagonista diario en su práctica asistencial, el motivo que lleva a esa persona a la muerte, las enfermedades infecciosas (Acnur,2019), poseen mayor protagonismo, inversión e intervención, olvidando el propio proceso de morir y las necesidades que de ella emanan.

La evidente necesidad de la competencia cultural en los cuidados enfermeros al final de la vida, la responsabilidad de dotar a los futuros enfermeros en esta disciplina, no hacen más que evidenciar la necesidad de una aproximación cultural, donde se conozcan las actitudes del alumnado del grado en enfermería ante el proceso fin de vida, para que se les ofrezcan recursos académicos de alta calidad, que aseguren unos profesionales mejor preparados para dar unos cuidados culturalmente competentes.

### **2.3 Rol enfermero en la crisis excepcional sanitaria provocada por la Covid-19**

A finales del año 2019, protagonizamos a nivel mundial, una crisis sanitaria emergente por la pandemia COVID-19. Esta pandemia, ocasionada por el coronavirus 2 (SARS-CoV-2), responsable de una amplia gama de síntomas leves a graves del tracto respiratorio y múltiples sistemas orgánicos. Los primeros casos se identificaron en Wuhan, capital de la provincia de Hubei, China en diciembre de 2019. (Longo et al.2021).

La propagación de la infección del SARS-CoV-2 es mucho más amplio que otras infecciones epidémicas conocidas (SARS, MERS) (Jiang et al., 2020). La infección por Covid ha dejado un total de 187 millones casos a nivel mundial y 4.04 mil muertes en fecha de julio de 2021 (WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, 2021).

El Covid-19 no solo ha generado una afectación a nivel orgánica, sino que ha provocado un incremento de los niveles de angustia en la población general (Santabárbara et al., 2021). Esta angustia está basada en la naturaleza propia de la enfermedad, una naturaleza que no se rige por principios antes conocidos, sino por una forma anárquica que ha dificultado su abordaje, además, por el aislamiento y confinamiento a la que hemos sido sometidos, así como la falta de claridad de los líderes con respecto a la gravedad de la enfermedad, el riesgo, las cifras, el número de muertes, etc. (Huremović, 2019).

Aunque la crisis ha sido a nivel mundial, las últimas cifras postulan a Bélgica, Reino Unido y España como los países con más fallecidos por coronavirus por número de habitantes, siendo España el tercer país más azotado por esta pandemia. Y a pesar de las dificultades que el aislamiento ha podido generar sobre la salud mental de la población, se ha reconocido como la forma más efectiva de intervención temprana para evitar la difusión del virus, a pesar de la posibilidad de traer aparejada una posible crisis económica posterior que reportará graves consecuencias (Real Decreto 463/2020).

La crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19, ha generado desigualdades en la atención de los pacientes, y ha ocasionado una crisis sanitaria que supera a los afectados por SARS-CoV-2, puesto que se han tenido que reorganizar recursos, priorizar atención, lo que ha generado una gran brecha en el sistema sanitario, sobre todo en pacientes más vulnerables.

España, ha sufrido un duro golpe en su sistema sanitario, teniendo que reorganizar aquello que inicialmente tenía un buen funcionamiento e iba avanzando a la mejor de la calidad de la asistencia sanitaria. Este es el caso de los pacientes con patologías oncológicas, los cuales no solo han visto frenada su atención, tratamientos e incluso recursos (Petrova, 2020), sino que, según la European Cancer Organisation (2020), más de un millón de casos de cáncer no han sido diagnosticados en Europa y más de 100 millones de pruebas de detección precoz no se han realizado a causa de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

Pero, sin lugar a duda el colectivo más afectado, han sido los pacientes y familiares que se encuentran pasando por un proceso fin de vida. Pacientes que se encontraban en Cuidados Paliativos, y el acompañamiento, la cercanía, eran imprescindibles para sobrellevar su situación. Antes esta situación crítica, el Comité de Bioética de España, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) y otras comunidades, destacaron la importancia de humanizar la asistencia y de crear un protocolo que asegurara la atención a este colectivo tan vulnerable (de la Rica et al., 2020).

La atención de los cuidados paliativos, ha sido reconocida como la respuesta ante el Covid-19, por su labor en el acompañamiento en las personas que se enfrentaban a sus últimos días. Esta labor, ha recaído principalmente en los profesionales de enfermería (Schwerdtle et al., 2020), quienes han garantizado el acompañamiento a pesar de la situación que se ha vivido y de las condiciones contrarias (Aislamiento, elementos de protección individual, etc...) (Selma, 2020). Las necesidades de esta población se han agudizado, y han generado nuevas situaciones a las que era necesario enfrentarse.

De la Rica et al. (2020), hace una descripción de la vivencia de las enfermeras durante este tiempo. Se destaca la situación que presenta sobre los cambios generados antes y después de la pandemia del Covid. Elementos destacables, que han generado una adaptación de la labor enfermera es el descenso de despedidas de familiares y pacientes, y en los casos que se hicieron, gran parte fue de manera telemática, reduciendo el contacto humano a las enfermeras que

los atendían, además de encontrarse en muchas ocasiones con pacientes que se habían ido en completa soledad.

Los profesionales de enfermería encuestados (de la Rica et al., 2020) destacaban que ha habido un cambio en la forma de cuidar, y, aunque se sentían la mayoría satisfechos con la labor desempeñada, se han sentido altamente estresados, preocupados y con ansiedad, reconociendo su necesidad de enfrentarse al sufrimiento emocional propio y de familiares y pacientes.

Esta situación ha generado que el sistema sanitario tenga una necesidad profunda de reinventarse, y de adaptarse a las nuevas condiciones para asegurar no solo la correcta atención de las personas enfermas, sino de asegurar la sostenibilidad del propio sistema (Rózyk-Myrta et al., 2021).

Esta reinvención ha venido de la mano principalmente de los profesionales que la conforman, afrontando una situación antes desconocida, y adaptarse a los nuevos requerimientos que la población poseía. Su implicación, no ha estado exenta de riesgos, puesto que su sobreexposición durante la pandemia, ha presentado datos estremecedores. Según el Ministerio de Sanidad Español (2020), a mayo de 2020 51.482 sanitarios han sido contagiados por coronavirus, produciéndose un total de 63 muertes. Si nos basamos en la población mundial, observamos que estas cifras se disparan. Según el Consejo Internacional de enfermeras (2020), 1500 enfermeras han muerto por COVID-19 en 44 países hasta al 28 de octubre de 2020.

Estos datos no solo se deben a la sobreexposición al virus que han tenido, a causa de la desinformación, la necesidad o la situación de urgencia sanitaria, sino a su labor como enfermeras en la práctica diaria y su continuo acompañamiento a las personas que enfermaban o fallecían.

Desde que en 1950 se contemplara la Enfermería como una disciplina independiente y autónoma, las enfermeras emprendieron un largo camino para el reconocimiento de su labor profesional. Un momento clave en este trayecto ha sido el año 2020, el cual, antes de la situación de la Pandemia, ya aspiraba a ser un año relevante para las Enfermeras. El Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, en su deseo de describir y resaltar la identidad del colectivo enfermero como prioridad del sistema, creó la campaña internacional Nursing Now, y designó el año 2020 como el año de las Enfermeras (Brito, 2020).

Esta iniciativa pretendía coordinar la realización de actividades a nivel mundial que cambiarían la visión, influencia y liderazgo de la enfermería en el año 2020. Como líneas principales se fijaron objetivos que enfatizarían el desarrollo profesional, la participación de la enfermera en las políticas de salud global, incorporando esta figura en puestos con liderazgo, tal y como ha ocurrido durante la pandemia, incluyendo a un profesional enfermero en el gabinete técnico asesor del gobierno.

La pandemia ha sido el gran reto para demostrar si estos objetivos eran o no posibles, y si verdaderamente las enfermeras suponen un elemento que genera sostenibilidad en los sistemas sanitarios (Rózyk-Myrta et al., 2021).

La contribución de las enfermeras en esta pandemia ha sido vital para combatir el virus en todas las áreas del sistema sanitario, desde la atención especializada, hasta la atención primaria (García et al., 2020). Este último, es el contexto sanitario más representativo del colectivo enfermero, donde las enfermeras poseen una mayor autonomía. La Atención primaria ha jugado un papel primordial en la gestión de la pandemia, y en su papel más silencioso ha supuesto el pilar donde se ha sustentado toda esta situación de alarma (Brito, 2020).

Los centros de salud se han reconvertido plenamente, de la noche a la mañana, en espacios comunitarios, geográfica y estratégicamente bien ubicados, para el cribado y abordaje de los casos, permutando por completo su método asistencial hacia un modelo a distancia. Greenhalgh et al. (2020) describen cómo la mayoría de los casos con COVID-19 pueden ser abordados a distancia, no solo telefónicamente sino incluso a través de la teleconsulta, la cual provee de mejores claves visuales, adicionales, para la valoración de la situación clínica y del estado de salud. El profesional de enfermería tiene competencias en habilidades de comunicación y diálogo, favoreciendo la promoción y prevención de la salud, así como el desarrollo individual y comunitario, esto justifica en este escenario apocalíptico de nuestro sistema, la identidad de este colectivo como muro de contención de las futuras pandemias como factor de sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Como efecto colateral de esta pandemia, se ha conseguido un efecto revitalizador de la imagen del profesional de enfermería como nunca antes (Cacha, 2020). El propio director General de la OMS resalta como importante y

relevante el papel de las enfermeras en la pandemia provocada por la Covid-19 (OMS, 2020).

Las enfermeras han priorizado la prevención y el control de infecciones, han apoyado a los pacientes y han brindado un acompañamiento diario a los pacientes atendidos por Covid-19 y los que seguían teniendo sus patologías crónicas o de urgencias. Pero esta realidad descrita contrasta con el riesgo personal que han sufrido las enfermeras, las cuales se han expuesto a infecciones, han pasado por múltiples cuarentenas, por diversos aislamientos personales y familiares y agotamiento físico y mental sin precedente (Rózyk-Myrta et al., 2021).

Diversos estudios (Galanis et al., 2020; Santabárbara et al., 2021), han demostrado el desgaste que sobre las enfermeras ha generado esta situación. La ansiedad una de las afecciones mentales más comúnmente reportadas, siendo sus valores durante la pandemia valores más altos que la medida de la población (43%). Otros de las afectaciones presentes es el agotamiento tanto físico, como emocional, donde la dureza de la situación y las continuas muertes a su alrededor son el primer detonante, hasta el punto de identificarse por el síndrome de Burnout.

El punto clave, que da respuesta a todas estas cuestiones, que parecen contradictorias, es la autopercepción o el autoconcepto que las enfermeras poseen. Varios estudios (Kangasniemi et al., 2015; Piña et al., 2011; Puggina et al., 2015; Souza et al., 2013), han evidenciado, en el mismo sentido que la relación entre el autoconcepto profesional y el desempeño de los trabajadores genera satisfacción laboral y autonomía. Concretamente el estudio de Souza et al. (2013), describe en su muestra que el 99,9% de los participantes con buen o excelente desempeño de sus funciones, tenían tareas autónomas y un 72,2% reportó sentirse profesionalmente realizado y competente, sentimientos compartidos con lo evidenciado en el entorno de nuestro estudio. Este mismo estudio (Souza et al., 2013) identificó como la imagen que tienen de sí mismos los profesionales contribuyen en el desempeño del rol en los equipos y cómo esta percepción podría estar directamente relacionada con la motivación y la satisfacción con los compañeros de trabajo.

Conocer la manera en la que se han auto percibido los profesionales de enfermería, acompañando a los pacientes al final de la vida, durante la Pandemia

Covid-19, es un elemento clave y necesario para describir el Rol de la Enfermera en este momento histórico y cultural que la pandemia ha dejado en nuestro entorno, entendiendo que esta situación ha generado cambios que perdurarán por mucho tiempo.

## **2.4 Abordaje con la familia de pacientes al final de la vida en situaciones especiales.**

La familia, en cualquier sociedad, está formada por un grupo de personas, vinculadas entre sí por lazos de relación, que se exponen a acontecimientos similares y se acompañan en todas las etapas o procesos de la vida, generando cambios en el seno familiar por las modificaciones o eventos individuales.

El desarrollo natural de estos acontecimientos, genera un reajuste casi indetectable en las estructuras familiares, pero cuando un evento inesperado acontece, genera una crisis en el seno familiar, movilizándolo los valores y acuerdos internos de la familia (Boss et al., 2017).

La crisis familiar se define como la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y que producen una desorganización en familiar. También puede ser entendida como una tensión perturbadora de orden biológico, social, psíquico o espiritual, que exige un esfuerzo complementario para el mantenimiento del equilibrio dentro del núcleo familiar (Horta y Fernandes, 2018). La respuesta de la familia ante estas situaciones estresantes depende en gran medida del funcionamiento de la estructura familiar previa, de los afrontamientos que la familia haya experimentado en eventos importantes con anterioridad y de una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor de este proceso (Cárdenas y Blanco, 2016).

La enfermedad es una de las situaciones estresantes que generan un mayor impacto en los entornos familiares y sociales, y, aunque se han hecho muchos avances en tecnología médica, medicina clínica y prestación de atención médica que ha ayudado a mantener la salud y alargar la vida, también hemos visto un aumento de los casos de personas que experimentan este alargamiento como doloroso, alejándonos de la “buena muerte” que muchos esperamos (Wachterman et al., 2016).

La enfermedad terminal es uno de los componentes que provoca una situación de inestabilidad familiar que genera cambios de comportamientos y reacciones en cada uno de los miembros de la familia de manera única e individual. Estas

reacciones, aunque son individuales, influyen en el funcionamiento de la familia y en el estado de bienestar o sufrimiento de la persona afectada. Cuando una persona conoce el diagnóstico de una enfermedad grave en un ser querido suele tener las mismas reacciones que el enfermo y puede pasar por las distintas etapas adaptativas que atraviesa la persona moribunda (Coelho et al., 2018). La sensación de pérdida, o duelo es la más habitual y se puede experimentar en diferentes momentos.

El duelo se define como "la experiencia interna de una persona ante la pérdida de algo que valora o tiene apego" y se considera una reacción normal y esperada ante pérdida. Si se experimenta dolor cuando aún no ha ocurrido la pérdida de un ser querido cercano, hablamos de "duelo anticipado" y se define como "una respuesta emocional que se experimenta antes de una pérdida verdadera" (MR et al., 2018). La futura pérdida pone en marcha estrategias de afrontamiento personales en cada uno de los miembros de la familia inmersos en el proceso.

Los pacientes en situación de terminal requieren unos cuidados complejos que se ofrecen en la mayoría de las ocasiones en su domicilio. Para ello es necesaria la implicación en los cuidados tanto de la familia como del equipo terapéutico (Silva et al., 2015). La atención sanitaria que se ofrece al final de la vida requiere entre otros requisitos, de una coordinación entre los distintos niveles de atención de forma que no se produzcan fisuras en la continuidad asistencial de la unidad familiar. Para ofrecer a los pacientes bienestar y ayudarles a aceptar la enfermedad es preciso conocer bien sus necesidades, detectar las prioridades y, con respeto a su voluntad, tratar de intervenir en todos los síntomas concretos, orgánicos, o psicosociales que de acuerdo con su biografía individual sean motivo de preocupación para él y así lo exprese en un momento y situación determinados. Los gestores de casos apoyan el cuidado multidimensional de los pacientes paliativos desde atención primaria (Van der Plas et al., 2015).

La familia, a la cabeza el cuidador o cuidadora principal del enfermo terminal es una figura clave en el proceso de atención. Los cuidados hacen posible que los pacientes permanezcan en sus domicilios y fallezcan en él. Sin embargo, esto no ocurre sin unos costes derivados de las consecuencias para la familia, y en especial para el cuidador principal (Strang et al., 2020). El cuidador principal precisa ofertar cuidados de calidad a la persona que cuida al mismo tiempo que elabora su propia adaptación para la futura pérdida, son momentos muy

complicados para los que no se le ha preparado y requiere de un apoyo por parte de los profesionales que los atendemos (Nielsen et al., 2017).

La familia tiene miedo de “no estar a la altura” durante el acompañamiento, presenta inseguridad para dar respuesta ante el sufrimiento, tiene miedo a no saber estar con el paciente, no saber contener las emociones, no saber “disimular”, tiene miedo también a no saber manejar los síntomas físicos que aparecen, a no mantener las fuerzas necesarias hasta el final o a no reconocer las diferentes circunstancias que se puedan presentar y no saber dar respuesta si aparecen. Todos estos miedos los paralizan impidiendo valorar estos momentos finales que podrían servir para favorecer un crecimiento personal junto al ser querido durante el acompañamiento en el proceso final de la vida e impidiendo encontrar en el cuidado un sentido para su existencia ante esta situación de adversidad (Soto-Rubio et al., 2019).

El curso progresivo y el pronóstico de la enfermedad terminal son factores que influyen negativamente en las familias, predisponiendo a esta a otras enfermedades y obstaculizadores para el desarrollo del duelo, como la ansiedad, el cansancio, el dolor integral, la conspiración del silencio, etc... (McAdam y Puntillo, 2018).

Los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes y a sus familiares deben centrar su atención en conocer las necesidades que demandan y aquellas que, por el proceso vital familiar que presentan, reconozcan como útiles para manejar los cuidados y el entorno al final de la vida, con la finalidad de fomentar un crecimiento familiar (Soto-Rubio et al., 2019).

Una de esas necesidades, es la de intimidad en el proceso final de vida, una intimidad que lejos está del abandono o alejamiento del profesional, sino más bien de un acompañamiento desde el respeto. Otro de los aspectos que se destaca se relaciona con la falta de asesoramiento e implicación por parte de los profesionales sanitarios con la familia y la inadecuada, e incluso contradictoria información recibida. La familia exige una formación especializada en acompañamiento, para recibir el apoyo emocional requerido en momentos de dificultad (Ruiz- Fernández et al., 2014).

Otra de las necesidades presentes es el acompañamiento espiritual. Se necesita que las enfermeras y otros profesionales de la salud reconozcan la espiritualidad como esencial a los seres humanos y que sean capaces de detectar las crisis

sobrevenidas de esta vivencia, para la detección precoz de duelo complejos (Miqueletto et al., 2017).

La responsabilidad de las enfermeras en el acompañamiento a la familia de pacientes al final de la vida recae en escuchar sus necesidades, evaluar el impacto que generará esta situación en su núcleo familiar, y asegurar un acompañamiento que minimice el sufrimiento de todos (Silva et al., 2015).

El final de vida, es una situación excepcional, ya que realiza desequilibra todas las esferas de la vida de un ser humano y su familia, impactando en las sociedades que huyen del dolor, la muerte y el sufrimiento.

La situación excepcional que se ha vivido estos últimos años por la pandemia Covid-19, ha generado un cambio en el paradigma de la atención a las personas enfermas, y de manera mucho más especial, aquellas que se encontraban en estado de extrema vulnerabilidad, como son las que están en la última etapa de su vida (de la Rica et al., 2020).

Todos los elementos que el sistema sanitario ponía a disposición de la familia y pacientes para sobrellevar esta situación de últimos días (acompañamiento, cercanía, escucha activa, intimidad, tiempo, acompañamiento, etc...), se han visto arrebatado por las medidas tomadas por la alarma sanitaria (Huremović, 2019).

Esta situación ha generado la necesidad de reinventar la atención sanitaria a familiares que han perdido seres querido durante la pandemia por Covid19, ya que han visto arrebatados todas las estrategias que les permitían generar un duelo natural, exponiéndolos a una situación de extrema alarma para el desarrollo de su proceso de duelo y despedida.

Desde la disciplina sanitaria, ha recaído la responsabilidad de dar respuestas. Estas nuevas demandas de salud, y de ofrecer, con evidencias científicas, recursos sustitutos para poder avanzar en las etapas del duelo a pesar de las restricciones existentes.

Diversos estudios (Martinsson et al., 2021; Raftery et al., 2020; Strang et al., 2020), que describen la labor de la enfermera en este nuevo escenario, han reflejado la necesidad de generar un consenso y una guía de recomendaciones basadas en la evidencia científica, que de recursos sustitutos a los familiares para poder desarrollar una despedida, duelo y abordaje de la pérdida con la máxima calidad y dignidad.



# CAPITULO 3. OBJETIVOS



El objetivo principal es describir el rol de la enfermera en la atención al paciente y familia en el proceso final de vida.

Como objetivos específicos encontramos:

- Identificar las competencias de la enfermera en el entorno domiciliario.
- Conocer el componente cultural del cuidado al final de la vida y la influencia en las actitudes de los proveedores de cuidados (pre- y profesionales de enfermería).
- Identificar los elementos que condicionan la actitud de los proveedores de cuidado (pre y profesionales de enfermería) en el abordaje del proceso final durante la pandemia.





# CAPITULO 3. METODOLOGÍA



La investigación se ha desarrollado en cuatro fases teniendo como estrategia común el rol de la enfermera durante el proceso final de vida en entornos diversos. Para ello hemos utilizado una metodología mixta combinando métodos cuantitativos con fenomenología y técnicas cualitativas, con el fin de dar respuestas a los objetivos planteados.

La metodología nos ha permitido, no solo cubrir los objetivos expuestos, sino adaptarnos a los diferentes contextos donde se ha desarrollado la investigación: Atención primaria, entorno familiar y formación universitaria a pre-profesionales. La descripción de la metodología por fases se ha resumido en la Tabla 2, y se detallará a continuación de manera más desarrollada cada fase:

- Primera Fase: Rol de la enfermera en las intervenciones educativas domiciliarias para el cuidado de personas dependientes y al final de la vida.
- Segunda Fase: Competencia Cultural al final de la vida en Estudiantes de diferentes contextos culturales
- Tercera Fase: Rol enfermero en la crisis excepcional sanitaria provocada por la Covid-19
- Cuarta Fase: Abordaje con la familia de pacientes al final de la vida en situaciones especiales.



Tabla 2. Metodología aplicada en cada fase de la tesis.

	<b>Artículo</b>	<b>Tipo de diseño</b>	<b>Variables</b>	<b>Muestra/Participantes</b>	<b>Recolección de datos</b>	<b>Análisis de datos</b>
1º	Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home	Estudio descriptivo de corte cualitativo	Intervenciones enfermeras de carácter Actitudinales, Tareas comunicacionales y Habilidades técnicas.	La muestra seleccionada se compuso de 18 profesionales de los distintos centros sanitarios de Huelva capital.	Instrumento Gatha de Enfermería Entrevistas en profundidad Observación no participante	Software IBM® SPSS® Statistics V.17. Proceso deductivo de codificación
2º	Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal)	Diseño descriptivo, transversal, observacional y multicéntrico.	Afrontamiento de la muerte Sociodemográficas Relación o contacto con el fenómeno muerte	143 estudiantes 78 estudiantes de la Universidad Dakar 65 estudiantes de la Universidad de Huelva	Escala de BUGEN de afrontamiento de la muerte	Software IBM® SPSS® Statistics V24.0.0.
3º	Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study.	Diseño cualitativo y enfoque fenomenológico	experiencias vividas durante la pandemia y cómo estas repercuten en su identidad profesional	4 Enfermeras gestoras de casos 4 enfermeras comunitarias 2 grupos de discusión con 6 enfermeras cada uno.	Observación no participante Entrevistas Grupos de discusión	Programa informático Atlas.ti. 6.0.
4º	Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa	Revisión narrativa de artículos publicados entre 2010 y 2020 localizados en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, SCIEDIRECT, WOS, CINAHL y CUIDEN.		13 estudios se incluyeron en el análisis, de los cuales 8 eran revisiones sistemáticas, 3 estudios cualitativos, un estudio piloto prospectivo transversal y una guía clínica	Guías <i>Critical Appraisal Skill Programme</i> de lectura crítica de la literatura científica.	



## **FASE 1**

### **Diseño**

Se trata de un estudio descriptivo de corte cualitativo, diseño adaptado a la problemática de estudio y el carácter dinámico del entorno comunitario, por su flexibilidad y análisis abierto. Este diseño permitió obtener toda la información requerida, al mismo tiempo que dio libertad al entrevistado para responder e ilustrar los conceptos de estudio. Permitted visualizar el entorno natural de las enfermeras, y recabar información in situ.

### **Muestra**

La población de estudio fueron enfermeras de las Zonas Básicas de Salud pertenecientes al Distrito Huelva –Costa. La muestra seleccionada se compuso de 18 profesionales de los distintos centros sanitarios de Huelva capital, a las que se entrevistaron. El perfil de las profesionales fue 4 Enfermeras gestora de casos y 4 Enfermeras Comunitarias, y Tres Enfermeras Comunitarias del Distrito Huelva –Costa, dos Enfermeras Gestora de Casos del Distrito Huelva –Costa y una Enfermera Docente de la Universidad de Huelva.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo intencional utilizando el proceso de redes de relaciones personales, en los respectivos centros de Salud y atendiendo al perfil de las enfermeras trabajadoras de cada área. Lo requisitos indispensables para la participación fueron, la voluntariedad de participación y que estuviesen en activo en el momento de la entrevista o grupo de discusión.

Se contactó en primer lugar por teléfono y posteriormente de manera presencial para explicarle los objetivos del proyecto, y la metodología que se seguiría, evitando así que se sintieran juzgadas o evaluadas por su labor asistencial.

Se realizaron 192 observaciones de visitas domiciliarias de tipo Actitudinales, Tareas comunicacionales y Habilidades técnicas.

### **Recopilación de datos**

Las técnicas utilizadas fueron las entrevistas en profundidad, con enfermeras comunitarias y enfermeras de Enlace, la observación participante en los domicilios con el instrumento Gatha de Enfermería (anexo 27) que permitió conocer el contexto, la relación interactiva (dialéctica) entre el profesional y las personas usuarias del servicio en el espacio domiciliario; las diferentes

situaciones que aparecen en esta relación y la tipología de usuarios/as, y los grupos de discusión.

Las entrevistas en profundidad se realizaron a las enfermeras encargadas del desarrollo de las intervenciones educativas en los domicilios, enfermeras comunitarias y de enlace o gestoras. Esta elección y el desarrollo de las mismas se basó en los principios básicos del desarrollo de las entrevistas:

1. Las investigadoras estudiaron con anterioridad el tema a tratar, hicieron un exhaustivo análisis de la evidencia científica, así como una observación directa previa realizada en las visitas domiciliarias.
2. Las personas entrevistadas han estado expuestas a experiencias directas e indirectas de prácticas profesionales en domicilios de personas dependientes y personas cuidadoras un tiempo significativo para el objeto de nuestro estudio.
3. El guion de la entrevista se ha elaborado a partir del estudio previo de las actividades formativas y orientativas en el domicilio, así como las dificultades que esta labor desentraña en los domicilios.
4. Las entrevistas recogen las particularidades de las actividades de orientación y formación como experiencias subjetivas de las enfermeras.

Posteriormente se preparó y realizó las entrevistas, como elemento principal estuvo la selección de los informantes y el establecimiento de día y hora.

Se realizaron 8 entrevistas individuales -4 Enfermeras de Enlace o gestora de casos y 4 Enfermeras Comunitarias-, buscando la saturación, o búsqueda de información que continúa adicionalmente hasta no poder encontrar nada más de las categorías (Creswell, 1998), además se utilizó la observación, registrando en notas de campo todo lo relacionado con las reacciones, respuestas no verbales o elementos anexos al guion de la misma, además se registraron datos de carácter socio- demográfico.

La entrevista se desarrolló siguiendo un guion (Anexo 26), que ayudó a orientar las preguntas para dar respuestas a los objetivos planteados.

En función del discurso de la persona entrevistada y de las cuestiones que surgían, el guion se fue adaptando.

La observación participante, permitió a los investigadores a aprender sobre las actividades personas de las personas a estudio, dentro de un proceso asistencial natural en su escenario habitual. Todas las observaciones se realizaron

acompañando al profesional, tras la elaboración del cuestionario sociodemográfico, y la autorización telefónica de la cuidadora principal de la presencia de la investigadora.

La presencia del investigador fue secundaria, y se trató de no afectar en ninguna manera el comportamiento de los agentes observados (enfermera y cuidadora), velando por mantener un ambiente relajado, natural y de fácil acceso para la observación.

Las enfermeras y cuidadoras refirieron haberse sentido respetadas, cómodas y en un ambiente natural, donde pudieron desarrollar sus labores educativas y cuidadoras de manera natural y habitual, como cuando lo hacían sin la intervención de la investigadora. En todo momento se aseguró la confidencialidad y la intimidad del paciente y el entorno, siendo este uno de los elementos principales en la observación y la recogida de los datos.

El instrumento seleccionado para la recolección de los datos en la observación, fue el Instrumento Ghata de Enfermería (López-Santos et al., 2008). Este instrumento consta de 35 ítems, agrupados en tres grupos, Eje de tareas Comunicativas, eje Actitudinal y eje de habilidades técnicas (Anexo 27).

La validación de la herramienta se basó entre tres pasos diferentes, en primer lugar, una fase de construcción/adaptación, que consistió en diseñar el cuestionario y el manual de utilización, adaptándolo a la práctica que ejerce la enfermera de Atención primaria. Para ejecutar este primer paso se procedió de la siguiente manera.

- 1) Revisión y primeras modificaciones por el equipo investigador del cuestionario GATHA-BASE basándose en los marcos teóricos de la disciplina enfermera y la evidencia científica existente.
- 2) Se buscó, mediante técnicas de grupo nominal (formados por diez profesionales de enfermería cualificados), el consenso sobre lo contenido.
- 3) Los consensos superiores al 75% se volvieron a revisar por una prueba de jueces (Experto en comunicación, enfermería y metodología)
- 4) Aceptación e integración de las aportaciones
- 5) Aplicación del instrumento en varias consultas que se grabaron para detectar fisuras, errores o problemas de aplicación.

Una vez pasado por esta primera fase de elaboración, se procedió al pilotaje para validar el cuestionario. Para ello se grabaron a 11 enfermeras de los centros

de salud (158 grabaciones en consultas). El criterio escogido para la elección de tamaño de la muestra estuvo basado en conseguir consistencia interna y concordancia intra e inter observador. La selección de las consultas también tuvo un enfoque intencional, teniendo en cuenta elementos como: tipo de consulta, tipo de proceso, diferente duración, diferentes centros y diferentes profesionales. La recogida de la información se realizó por grabación de video mientras transcurría la consulta de enfermería. Tanto usuarios, como profesionales dieron su consentimiento informado para proceder a la grabación.

Como parte del pilotaje, se entrenó visualizando un total de 20 entrevistas y realizando una revisión conjunta de la interpretación de manual y analizando las variabilidades inter e intra observador. Se midió estas variabilidades a través del análisis de 30 grabaciones, visualizadas por dos observadores y asegurando un tiempo mínimo (30 días) para minimizar el efecto del recuerdo en el análisis de las mismas.

Tras el pilotaje se analizaron los datos obtenidos. Se seleccionaron aquellos que pasaron el juicio de los expertos, el coeficiente de correlación ítem/total y cambio en el  $\alpha$  de Cronbach (determinante para eliminar el ítem). Además, se realizó el análisis gráfico de las diferencias para determinar la fiabilidad intra e interobservador.

Tras los resultados obtenidos, se realizó una construcción de la guía, eliminando aquellos ítems que no poseían los criterios mínimos para su aceptación. Resultando un instrumento constituido por un total de 35 ítems agrupados en tres ejes, además de una serie de preguntas de caracterización del profesional, usuario y consulta.

La última técnica de recogida de datos fue el grupo de discusión (Anexo 28), que pretendía llegar a acuerdos conjuntos sobre las percepciones, opiniones y acciones tras el abordaje individual realizado en las entrevistas y en la observación.

El grupo de discusión permitió que, al unir a diferentes profesionales, compartieran el grupo social al que pertenecían, las prácticas habituales que desarrollan, las dificultades y fortalezas que observan en su práctica asistencial, etc...

El grupo quedo conformado por 6 informantes:

- Tres Enfermeras Comunitarias del Distrito Huelva –Costa

- Dos Enfermeras de Enlace o Gestora de Casos del Distrito Huelva – Costa
- Una Enfermera Docente de la Universidad de Huelva

Las sesiones se basaron en la presentación del objetivo del proyecto, así como el del propio grupo de discusión, se presentó los participantes del grupo, se resolvieron las cuestiones más controversiales que pudiera traer la investigación, se solicitó el consentimiento verbal y escrito para la filmación de la sesión y su posterior análisis y se dio la primera y única directriz al grupo para el inicio del mismo. Las sesiones duraron un máximo de una hora y media.

### **Análisis de datos**

Según la naturaleza de cada dato recogido, se realizó el análisis siguiendo la metodología oportuna. En primer lugar, los datos recogidos de la observación a través de la herramienta GATHA de enfermería, se analizaron con el programa de análisis SPSS V.17. Este análisis nos permitió identificar en la herramienta de clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) las actividades que correspondían al instrumento GHATA. Estas actividades se agruparon siguiendo el modelo de la teórica de enfermería Virginia Henderson, dificultades de fuerza, conocimiento o voluntad. Esto se complementó con los aspectos socio demográficos y las dificultades y fortalezas en el proceso de aprendizaje en las intervenciones educativas.

Las observaciones se complementaron con las entrevistas en profundidad, las cuales siguieron un análisis cualitativo, triangulando lo observado y lo obtenido en las entrevistas.

Las entrevistas se grabaron y se transcribieron de manera literal, para proceder al análisis del discurso. Este análisis se inició siguiendo los elementos básicos de organización basados en los objetos de estudios. El análisis siguió un proceso deductivo de codificación, clasificando la información en dimensiones, categorías y subcategorías.



Tabla 3: Dimensiones obtenidas en las observaciones.

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<b>Contexto</b>	Personal	
	Familiar	
	Ambiental	
<b>Intervenciones</b>	Fuerza	Fomento de la comunicación
		Reestructuración cognitiva
		Desarrollo de programas
	Conocimiento	Apoyo al cuidador/a principal
		Entrenamiento de la memoria
		Educación sanitaria
		Facilitar la enseñanza
		Mejora del acceso a la información sanitaria
	Voluntad	Implicación del entorno familiar
		Asesoramiento
		Presencia
		Escucha activa
		Establecer objetivos comunes
		Apoyo en la toma de decisiones
		Potenciar el aprendizaje
<b>Factores determinantes del aprendizaje</b>	Facilitadores	
	Limitadores	



Para el análisis de los datos se utilizó el programa informático de análisis cualitativo SPSS V.17 software programa, el cual categorizó los segmentos de texto de acuerdo a dimensiones y categorías.

Las dimensiones o grandes bloques fueron: Contenido, Intervenciones, Factores determinantes del Aprendizaje e Identidad personal, los cuales se van subdividiendo en unidades de análisis más pequeñas con su correspondiente descripción, en lo que constituye la estructura de análisis de la información reunida.



## **FASE 2:**

### **Diseño y muestra**

Se realizó un estudio cualitativo, con un diseño descriptivo, transversal, observacional y multicéntrico. La recogida de datos se realizó a través de un muestreo aleatorio sistemático estratificado según la universidad y curso del estudio, en nuestro caso la universidad de Huelva, y la universidad de Hekima Santé, en Dakar.

### **Muestra, participantes y contexto**

La población del estudio comprendió estudiantes de dos universidades diferentes, Hekima Santé en Dakar, Senegal y la Universidad de Huelva, España. Los alumnos seleccionados fueron alumnos de último año para asegurarnos que hubiesen alcanzado su madurez curricular (3º Grado en Hekima Santé y 4º grado en la Universidad de Huelva).

La recolección de los datos tuvo lugar entre los meses de febrero y marzo del 2020. Los criterios de inclusión para este estudio fueron:

1. Estudiantes universitarios de último curso en el Grado de Enfermería en ambas universidades y que hayan cursado la asignatura de afrontamiento a la muerte en el caso del alumnado de la Universidad de Huelva.
2. Estudiantes que voluntariamente aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.
3. Estudiantes que asistieron regularmente a clases.

Los alumnos de la Universidad de Huelva fueron encuestados por una de las investigadoras del proyecto al finalizar la asignatura tras firmar el consentimiento informado, en la misma aula del centro universitario. El mismo proceso se realizó con los alumnos de Hekima Santé, durante la estancia de investigación de la Doctoranda, con la ayuda de una intérprete para informar sobre los objetivos del estudio.

### **Recopilación de datos**

Se utilizó la escala de afrontamiento de la muerte de Bugen (Bugen, 1981), traducida y validada al castellano por Schmidt (Schmidt, 2007), cuyo coeficiente de fiabilidad es de alfa de Cronbach  $\alpha=0,86$  en la versión española. Esta herramienta fue desarrollada con el objetivo de medir la mejora en la competencia ante la muerte tras formación específica, de forma que la escala sirve para: medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte,

supervisar si un seminario sobre la muerte es eficaz y por último enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable después de una experiencia de educación sobre la muerte. Se trata de una herramienta compuesta por 30 ítems que utilizan una escala Likert de 7 puntos. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 1, 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones. Cuando los sujetos de estudio puntúan por debajo del percentil 33 indica un afrontamiento inadecuado, por encima del percentil 66 corresponderían a un afrontamiento óptimo, cuando lo hacen en la zona intermedia, pone de manifiesto un afrontamiento adecuado o neutro. Por lo tanto, esta escala nos permite abordar las habilidades necesarias para trabajar en cuidados paliativos y evalúa la competencia para trabajar con los pacientes al final de la vida. Para el desarrollo de este estudio se utilizó la validación de esta escala en castellano (Schmidt, 2007) para el alumnado de la Universidad de Huelva y en francés (Cantin et al., 2009) para el alumnado de la Universidad Hekima-Sante de Dakar. Para la consecución de los objetivos planteados, teniendo en cuenta las dos poblaciones de estudio (Senegal-España), se añadieron a estos ítems preguntas relacionadas con características sociodemográficas, religiosas y culturales, en la cual se recogieron las diferentes etnias de los encuestados, además de incluir algunas variables relacionadas con actitudes ante el proceso final (experiencia con la muerte y rituales de despedida). Para medir la orientación religiosa utilizamos la escala de Núñez-Alarcón et al. (2011), cuyo coeficiente de fiabilidad es de alfa de Cronbach  $\alpha=0,82$ .

Se recogieron los datos en papel, y se pasaron a la base de dato, usando el programa de análisis SPSS V.24.

### **Análisis de datos**

Los datos se analizaron utilizando el software IBM® SPSS® Statistics V24.0.0. Se analizaron las variables sociodemográficas de los participantes, incluyendo su sexo, edad, estudios, religión y etnia, así como las relacionadas con el fenómeno de muerte. Se describieron frecuencias, porcentajes, medianas y rangos intercuartílicos. Se evaluó la normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Con el fin de examinar las diferencias entre grupos se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney (para dos muestras independientes) y la prueba Chi-cuadrado (para dos muestras cualitativas independientes). En todos los casos, los resultados se calcularon con un intervalo de confianza del 95%.

### **FASE 3:**

#### **Diseño**

Estudio de diseño cualitativo y enfoque fenomenológico que pretende conocer el significado de las experiencias vividas durante la pandemia y cómo estas repercuten en su identidad profesional, mediante el discurso de enfermeras comunitarias y enfermeras de enlace de centros de Atención primaria de nuestra provincia (Las competencias de ambas enfermeras se definen en nuestro país como: enfermera comunitaria es la que se encarga de atender a los problemas de salud de la familia, se responsabiliza del plan de cuidados y debe facilitar los recursos y servicios necesarios disponibles en el centro de salud. Enfermera Comunitaria de Enlace se encarga más de la gestión de casos, siendo la encargada de garantizar una intervención integrada y continua entre los profesionales, sectores y niveles asistenciales implicados, a través de la coordinación y utilización óptima de los recursos socio sanitarios).

#### **Muestra, participantes y contexto**

Se realizó un muestreo representativo de los colectivos pertenecientes a la población de estudio. Los criterios de inclusión fueron ser Enfermeras Gestora de casos (GC) y Comunitarias (EC) -son profesionales que atienden necesidades de salud de pacientes dependientes y sus cuidadores en el domicilio- durante el período de pandemia. Tener experiencia del al menos dos años en el entorno comunitario y afirmar voluntariedad de participación en el estudio.

El reclutamiento de los participantes se realizó a través del principio de saturación del discurso y se distribuyeron en participantes entrevistados y grupos focales. Se contactó por teléfono con los participantes con anticipación para explicarles el objetivo y dinámica del estudio.

Se realizaron 8 entrevistas individuales -4 Enfermeras gestora de casos (GC) y 4 Enfermeras Comunitarias (EC)- y dos grupos de discusión con 6 informantes cada uno donde se introdujo la figura de la enfermería docente experta en identidad y representaciones sociales.

Tabla 4. Categorías y subcategorías que surgieron del estudio según las diferentes técnicas.

Dimensión	Categorías	Subcategorías	Observación no participante	Entrevistas	Grupos de discusión
<b>Identidad profesional</b>	Autoconcepto	Las enfermeras como recurso, guía y fuente de apoyo emocional	*	*	*
		Independencia profesional	*	*	
		Autoestima profesional	*	*	
	Reconocimiento	Contribución al aprendizaje	*	*	
		Coordinación con profesionales	*		*
		Apoyo emocional paciente-familia y back-stop	*	*	*
	Satisfacción	Comfort	*		*
		Alivio emocional	*		*
		Relación Humana	*	*	*
		Comunicación en equipo	*		*

### Recopilación de datos

Las técnicas básicas utilizadas fueron las entrevistas en profundidad, con enfermeras comunitarias y enfermeras de Enlace, y los grupos de discusión. Además, como métodos complementarios se utilizaron la observación y variables socio-demográficas para cada participante.

El equipo investigador realizó la captación de los informantes, así como moderó los grupos de discusión y el desarrollo de las entrevistas, que se realizaron en primer lugar para comenzar con el descubrimiento de los temas y este análisis nos permitió indagar en aquellos más relevantes para la elaboración de un guion para los grupos focales. El guion de la entrevista se realizó previamente y luego se introdujeron las categorías emergentes. Se solicitó la ayuda de un enfermero con perfil docente e investigador en representaciones sociales que obtuvo un papel fundamental en el desarrollo de los mimos con una duración entre 45 y 60 min cada uno. Los diferentes discursos de las distintas técnicas empleadas fueron grabados en formato audio para su posterior transcripción y análisis,

previo consentimiento informado de los participantes y su colaboración voluntaria tal y como se expresó en los criterios de inclusión.

### **Análisis de datos**

Para el análisis del discurso se realizó una primera categorización manual que se codificó en el programa informático Atlas.ti. 6.0. Se realizó una triangulación de los datos, con las diferentes técnicas empleadas – Observación no participante, entrevistas y grupos de discusión- que permitieron otorgar mayor validez y fiabilidad de los datos obtenidos.

Durante la recogida de datos se pidió el consentimiento informado a los informantes y se mantuvo la confidencialidad y el anonimato, respetando los principios bioéticos de la declaración de Helsinki e informándoles a priori del objetivo del estudio.



## **FASE 4:**

### **Diseño**

Se realizó una narrativa de artículos publicados entre 2010 y 2020 localizados en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, WOS, CINAHL y CUIDEN.

La revisión sistemática se realizó teniendo como punto de partida el desarrollo de la estrategia PICO. Inicialmente, nos realizamos la siguiente pregunta de investigación como propósito de nuestra investigación: ¿Qué estrategias utilizan las enfermeras durante el proceso de muerte en tiempos de COVID19?

La estrategia de búsqueda consistió en la combinación de palabras claves mediante operadores booleanos en todas las bases de datos nombradas.

Los descriptores utilizados para realizar la estrategia de búsqueda fueron: death, isolation, nursing/nurse, drief/bereavemt. La estrategia de búsqueda se realizó mediante la combinación de las palabras claves utilizando los operadores booleanos ('AND', 'OR' Y 'NOT'). Para la selección de los artículos, se definieron criterios de inclusión que incluían artículos revisados por pares que dieran como resultado, estrategias de cuidado y autocuidado utilizadas por las enfermeras aplicadas a una muerte en situación de aislamiento; escritos en cualquier idioma; con una fecha de publicación entre 2010 y 2020.

### **Estrategia de búsqueda**

En el proceso de selección se examinaron títulos y resúmenes para descartar los estudios irrelevantes, se buscaron los textos completos de aquellos estudios potencialmente relevantes y se verificó su adecuación a los criterios de inclusión: artículos escritos en español, inglés, francés y portugués, que el título estuviera relacionado con la pregunta de búsqueda, la adecuación del contenido del resumen y que describan intervenciones aplicables a nuestro objetivo de estudio. Se eliminaron aquellos estudios que no hicieran referencia a recomendaciones o estrategias en el abordaje del duelo y la muerte de familiares.

La revisión de los textos completos se realizó por 2 investigadores independientes y de forma enmascarada para evitar sesgos de evaluación.

## **Selección de estudios**

Siguiendo la estrategia metodológica PICO:

- Población: Profesionales de enfermería, previendo que era muy extensa la representación de la misma en la literatura se incluyeron profesionales de enfermería de ámbito clínico.
- Intervención: cualquier intervención destinada al abordaje del duelo y muerte al paciente y a la familia en situación de aislamiento o de soledad del proceso.
- Comparador: Práctica habitual, otras intervenciones.
- Resultados: Estrategias de duelo efectivas para el paciente y la familia desarrolladas por enfermeras.

## **Extracción de datos.**

En el proceso de selección se examinaron títulos y resúmenes para descartar los estudios irrelevantes, se buscaron los textos completos de aquellos estudios potencialmente relevantes y se verificó su adecuación a los criterios de inclusión -artículos escritos en español, inglés, francés y portugués, que el título estuviera relacionado con la pregunta de búsqueda, la adecuación del contenido del resumen y que describieran intervenciones aplicables a nuestro objetivo de estudio. Los instrumentos utilizados para la valoración de la calidad de los estudios fueron las guías CASPe de lectura crítica de la literatura científica. Se eliminaron aquellos estudios que no hicieran referencia a recomendaciones o estrategias en el abordaje del duelo y la muerte de familiares. Tras evaluar los estudios y comprobar que ninguno de ellos fue calificado con un CASPe inferior a 9, se decidió incluir todos los trabajos al considerar que aseguraban una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo.

## **Análisis de los datos**

Los instrumentos utilizados para la valoración de la calidad de los estudios fueron las guías *Critical praisal Skill Programme* de lectura crítica de la literatura científica. Tras evaluar los estudios y comprobar que ninguno de ellos fue calificado con un *Critical Apraisal Skill Programme* inferior a 6, se decidió incluir todos los trabajos al considerar que aseguraban una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo. Para la extracción de datos se diseñó una tabla (tabla 5) en la que se especificó el título, los objetivos, el diseño, la metodología, la población, la intervención y los resultados.

Tabla 5. Resumen de artículos seleccionados incluidos en la revisión

Título	Autor y año	Objetivo	Tipo de estudio	EBE	Población	Intervención	Resultados
<b>Factores de Riesgo de Duelo Complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una Revisión Sistemática.</b>	Soto-Rubio A, Salvador E, Pérez-Marín M 2019	Identificar los factores que aparecen asociados al duelo complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal.	Revisión sistemática Nivel 1	Si	62 artículos, 10 ECA, 32 observacionales y el resto cualitativos. Familiares de pacientes oncológicos y no oncológicos.	La revisión muestra un acuerdo entre las investigaciones actuales en cuanto al hecho de que proveer cuidado a un ser querido con enfermedad terminal supone una serie de factores de riesgo frente a distintas patologías psicológicas y físicas; y a un deterioro en el funcionamiento social, que pueden perpetuarse hasta un periodo considerable de tiempo.	Factores de riesgo Duelo Complicado: a) Las características del doliente. b) Las características del paciente y a la interacción cuidador-paciente. c) Aspectos relacionales. d) Aspectos relacionados con la enfermedad o la muerte. e) La situación del cuidado y a los aspectos relacionados con el sistema sanitario.
<b>Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios</b>	Ruiz-Fernández M, Ortega-Galán A, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega M, Relinque-Medina F 2017	Identificar cuáles han sido las principales limitaciones y dificultades en el acceso a los recursos sociosanitarios que han vivido las personas al final de la vida, a través de las vivencias y las percepciones de los cuidadores de estos enfermos.	Cualitativo Fenomenológico con enfoque multicéntrico Nivel 2	No	Cuidadores que habían perdido a su familiar en un periodo de tiempo entre 2 meses y 2 años y que no se encontraban en un proceso de duelo patológico,	mediante 5 grupos de discusión y 41 entrevistas en profundidad, con un total de 87 participantes. El número de grupos de discusión y el número de participantes incluidos en la investigación han permitido, por un lado, intentar conocer cuáles han sido las vivencias de los cuidadores familiares en distintos puntos de la comunidad autónoma andaluza y, por otra parte, de la saturación de los datos obtenido	Necesidad de intimidad en el proceso de morir. Aquellos que no han podido vivirlo así lo expresan como un trauma. La sensación de soledad ante el cuidado. La falta de asesoramiento e implicación por parte de los profesionales. la inadecuada información recibida por estos, a veces contradictoria, ha significado que los cuidadores se sientan engañados y frustrados. En esos momentos, los familiares hubieran necesitado mayor información y apoyo emocional
<b>Las cartas de condolencia:</b>	Barbero J, Alameda	Conocer el estado de la cuestión en la literatura	Revisión Narrativa.	Si	Revisión bibliográfica: 9 artículos. Tres de	Posteriormente a la revisión, el grupo de expertos ha analizado	Componentes de la carta de condolencia, per sé, esta

<p><b>marco conceptual y protocolo</b></p>	<p>A, Díaz L, Jiménez M, García H 2014</p>	<p>y analizar los beneficios de este instrumento según el duelo de James Worden y la necesidad de prevenir la aparición de duelo complicado.</p>	<p>Nivel 1</p>		<p>los artículos tienen un fin educativo o reflexivo y están basados en la práctica clínica, incluyendo recomendaciones acerca del contenido de la carta y cómo escribirla. Uno es una revisión de 13 estudios acerca del primer contacto con dolientes desde los servicios de atención Primaria. Los 5 artículos restantes se corresponden con estudios basados en encuestas realizadas a los propios profesionales de la salud.</p>	<p>el carácter terapéutico de las cartas según el modelo de Worden de intervención en la elaboración del duelo, llegando al acuerdo de un protocolo de actuación y a los apartados necesarios en una carta para cumplir, en la medida de sus posibilidades, la función de prevenir o minimizar complicaciones en el duelo.</p>	<p>carta es un factor protector del duelo complicado, ya que: favorece el proceso normal de duelo del familiar y facilita la tarea de aceptación emocional de la realidad de la pérdida. Herramienta de conexión emocional entre familiares con su entorno al compartirla. Recoloca emocionalmente al fallecido para poder seguir vinculándolo desde otra perspectiva. Ofrece un Protocolo de intervención para la elaboración de la carta de condolencia.</p>
<p><b>La ausencia familiar en la atención de urgencia conlleva sufrimiento en pacientes y familiares</b></p>	<p>Barreto M, Garcia-Vivar C, Dupas G, Misue L, Macon S 2019</p>	<p>Conocer el significado que atribuyen pacientes adultos y sus familias a la ausencia familiar durante la atención de urgencia.</p>	<p>Estudio cualitativo siguiendo la propuesta de la teoría fundamentada. Estudio Interpretativo. Nivel 2</p>	<p>No</p>	<p>La muestra se compuso de 30 participantes: 15 pacientes y 15 familiares. Los criterios de inclusión para la participación de los pacientes fueron: tener más de 18 años, estar en observación/ ingresado en la SU de una de las 2 unidades participantes y no presentar trauma, agravio o enfermedad</p>	<p>Se llevaron a cabo 15 entrevistas con pacientes y 15 entrevistas con familiares durante los meses de octubre de 2016 a febrero de 2017. Los datos fueron analizados siguiendo el método comparativo contante. Siguiendo las premisas de la teoría fundamentada se utilizó el muestreo teórico para guiar la recogida de datos hasta alcanzar la saturación teórica con un total de 30 participantes.</p>	<p>Los pacientes y familiares vivencian la ausencia familiar como un proceso de sufrimiento causado por la separación del binomio familia-paciente y por enfrentarse a la situación con resignación.</p>

					que impidiera la interpretación y/o la respuesta a las preguntas. Los criterios de inclusión para los familiares fueron- ron: tener más de 18 años y presentar lazo afectivo con un paciente atendido en la SU.		
<b>El estado del apoyo de duelo en cuidados intensivos para adultos: una revisión sistemática y síntesis narrativa</b>	Efstathiou N, Walker W, Metcalfe A, Vanderspank, Wright B 2019	A pesar de los avances en la ciencia médica, la muerte del paciente y el duelo familiar se encuentran comúnmente en unidades de cuidados intensivos para adultos (UCI). Esta es la primera revisión para investigar el estado del apoyo a la pérdida de la UCI globalmente, y la disponibilidad y efectividad de las intervenciones de apoyo de duelo.	Revisión sistemática y síntesis narrativa Nivel 1	Si	14 estudios incluidos. Cinco de los cuales fueron encuestas internacionales que informaron prácticas de duelo variables y niveles de apoyo. Nueve informaron de la efectividad de las intervenciones de apoyo de duelo principalmente discretas, que incluyen: un recuerdo personal, una carta de condolencia escrita a mano, una reunión posterior a la muerte; narración de historias, participación en la investigación, uso de un Diario de la UCI. Un estudio evaluó un programa de seguimiento de duelo.	Intervenciones de duelo y su impacto(uso de un diario en la UCI, un recuerdo personal, la narración, una reunión posterior a la muerte, la participación de investigación, una carta de condolencia escrita a mano, y un programa de seguimiento duelo), intervenciones de apoyo de duelo discreta (experimentaron el uso de un diario de los acontecimientos que se produjeron durante la estancia en la UCI del paciente, uso de Mementos, narración después de eventos traumáticos, intervención de apoyo para el duelo posterior a la UCI, que tomó la forma de una reunión de seguimiento de rutina..) e intervenciones multicomponentes (programa formal de seguimiento para los familiares de los difuntos de la UCI).	Las intervenciones de apoyo de duelo identificadas en esta revisión fueron generalmente bien recibidas por familias desconsoladas y existe el apoyo de evidencia previa para mostrar un efecto generalmente positivo en los miembros de la familia. Identificamos apoyo en el duelo posterior a la UCI período compuesto principalmente de una sola intervención. La preparación del personal para apoyar a las afligidas familias de la UCI también resultó ser una preocupación sobresaliente. Como la evidencia revisada es débil, es difícil hacer recomendaciones para el apoyo de duelo más aceptable y efectivo.

<b>Estudio piloto que evalúa el impacto del apoyo de duelo en las familias de pacientes fallecidos de la unidad de cuidados intensivos.</b>	McAdam J, Puntillo K. 2018	Evaluar la efectividad del seguimiento duelo en la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, el dolor prolongado y la satisfacción con la atención de los miembros de la familia.	Estudio prospectivo o transversal  Nivel 3	No	40 familiares de pacientes que murieron en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).	Reclutamos a familiares de pacientes adultos tratados en UCI, estos familiares de pacientes fallecidos reciben un programa de apoyo al duelo durante 1 año después de la muerte. Este programa ha estado en activo aproximadamente 5 años. Contactamos a familiares de pacientes que murieron en cualquiera de estas UCI, hasta 13 meses después de la muerte para dar tiempo a las familias de para recibir el programa de duelo completo. Los miembros de la familia completaron cuestionarios referidos a sus síntomas, satisfacción con el cuidado, y opiniones sobre el seguimiento del duelo.	De 30 miembros de la familia en el grupo de duelo y 10 en el grupo de no duelo, la mayoría eran mujeres y cónyuges. Significativamente más participantes en el grupo sin apoyo al duelo que en el grupo con apoyo duelo tuvieron un duelo prolongado. El estrés postraumático, la ansiedad, la depresión y la satisfacción con la atención no fueron significativamente diferentes en los 2 grupos. Sin embargo, las puntuaciones generales de estrés postraumático fueron más altas en el grupo sin apoyo al duelo que en el grupo con, lo que indica un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático.
<b>La reunión familiar en cuidados paliativos: papel de la enfermera de oncología.</b>	Glajchen M, Goehring A. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir la reunión familiar en cuidados paliativos y al final de la vida, destacando el papel de la enfermera de oncología.</li> <li>- Proporcionar estrategias específicas para la preparación previa a la reunión, la comunicación y las actividades de seguimiento.</li> </ul>	Revisión Bibliográfica Nivel 1	Si	Fuentes de datos: Un marco conceptual extraído de la comunicación con la familia, de teoría, prácticas de la clínica, investigación en enfermería y literatura sobre cuidados paliativos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de estrategias enfermeras en la preparación y ejecución de reuniones familiares para la gestión del duelo y la pérdida.</li> <li>2. Intervención temprana en familiares de personas al final de la vida.</li> <li>3. Priorizar la escucha, intercambio de sentimiento y emociones y fomentar el apoyo familiar antes situaciones de pérdida.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La mejor comunicación entre enfermeras y los médicos se asocian con mejores resultados para los pacientes.</li> <li>2. El lenguaje es el arma más poderosa para desmitificar el "lenguaje oscuro" entorno a la muerte y la pérdida, y propiciar una comunicación fluida y efectiva.</li> <li>3. La cultura debe ser tenida en cuenta como elemento troncal en el abordaje de la pérdida y el duelo.</li> </ol>

							<p>4. Estrategias de refuerzo positivo a la familia cuidadora durante el proceso de final de vida.</p> <p>5. Importancia de la comunicación. Necesidad de un entrenamiento profesional para el uso de esta herramienta en beneficio de la familia y su afrontamiento.</p> <p>La reunión familiar es una herramienta prometedora y un posible indicador de calidad en los cuidados paliativos.</p>
<p><b>Afrontamiento de familiares de pacientes hospitalizados en estado crítico: una revisión integradora</b></p>	<p>Rückholdt M, Tofler G, Randall S, Buckley T. 2019</p>	<p>Objetivos: Proporcionar una revisión integral integradora de la literatura de investigación sobre: 1) El afrontamiento estrategias que informan los miembros adultos de la familia después de la admisión de sus seres queridos adultos a la unidad de cuidados intensivos (UCI), 2) Identificar qué estrategias de afrontamiento están asociadas con la respuesta psicológica durante esta experiencia estresante, y 3) los factores asociados con las estrategias de afrontamiento.</p>	<p>Revisión Bibliográfica Nivel 1</p>	<p>Si</p>	<p>15 fueron artículos fueron incluido en la revisión, 7 de ellos cuantitativos, 3 cualitativos y 5 métodos mixtos. Los estudios incluidos se realizaron en la unidad de cuidados intensivos del hospital.</p>	<p>1. Estrategias de afrontamiento reportadas por miembros adultos de la familia después de la admisión de sus seres queridos adultos a la UCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio del afrontamiento temprano, nada más el ingreso.</li> <li>- Afrontamiento en la primera semana después del ingreso al hospital</li> <li>- Evaluaciones longitudinales de afrontamiento (2 días de admisión a 30 día después del alta)</li> <li>-Apoyo a las necesidades de los familiares de pacientes en UCI</li> <li>- Atención temprana del estrés psicológico para el afrontamiento precoz y efectivo</li> <li>- La auto-distracción como estrategia de afrontamiento puede tener algunos beneficios</li> </ul>	<p>1. Complejidad del afrontamiento y su impacto en miembros de la familia en el entorno de la UCI.</p> <p>2. Necesidad de iniciativas de afrontamiento como como la auto-distracción que benefician directamente a la reducción de la angustia psicológica y los síntomas del estrés traumático.</p> <p>3. Mejoras como la gestión temprana, al inicio de la admisión en unidades de Cuidados Intensivo mejora las estrategias de afrontamiento.</p> <p>4. La atención temprana y efectiva a los familiares de pacientes ingresados en la UCI está íntimamente relacionada con la prevención del dolor psicológico, de problemas</p>

						2. Factores asociados con el afrontamiento de la familia: - Atención específica de las necesidades asociados por las características de los miembros de la familia, como son: apoyo social, género, edad, relación con el paciente, rol de toma de decisiones y experiencia previa en UCI.	cardiovasculares y de la promoción del bienestar familiar después de la hospitalización, lo que produce un mejor estado de salud a largo plazo.
<b>Duelo social: una teoría fundamentada de la utilización Actualizaciones de estado en Facebook como contemporáneo Ritual</b>	Catania-Opris C. 2016	Identificar los beneficios que reciben las personas al utilizar las actualizaciones de estados en la Red Social Facebook para hacer frente a la pérdida.	Estudio Cualitativo basado en teoría fundamentada. Nivel 2	No	Personas de entre 26-65 años de edad que hubieran usado la red social Facebook para compartir una pérdida en máximo un año desde la realización del estudio.	Uso de la red social Facebook para el abordaje de la pérdida en familiares y amigos. Uso de las actualizaciones de los estados de Facebook como herramienta para el afrontamiento de la pérdida. Aprovechamiento de las interacciones sociales que ofrece la red Social Facebook para gestionar la pérdida, afrontar el duelo y conservar la memoria de los difuntos.	Desarrollo de cinco categorías que colaboraban en el afrontamiento del Duelo en personas que habían sufrido una pérdida: 1. Conmemoración: Desarrollar a través de los estados de Facebook elogio personales para sus seres queridos como una forma de compartir y honrar la memoria de los perdidos. 2. Validación: consistía en recibir el refuerzo positivo de los amigos y familiares de esta red. 3. Megáfono: Utilización de las actualizaciones de estado para alcanzar a las masas en Facebook y compartir las emociones actuales, los rituales y recuerdo del difunto. 4. Hitos: Consistía en compartir por las redes sociales y hacer partícipe de manera figurada al difunto de los nuevos hitos en la vida.

							5. Métodos de afrontamiento: Consistía en recibir apoyo durante el duelo, haciendo un conexión con el fallecido y las sensaciones vividas en el afrontamiento de la pérdida. Sentirse acompañado durante la pérdida es una herramienta de afrontamiento.
<b>Herramientas de evaluación para el apoyo espiritual en el cuidado al final de la vida: evidencia creciente de su aplicación clínica.</b>	Oliver A, Galiana L, Benito E. 2015	Resumir la evidencia actual sobre las herramientas de evaluación para el cuidado espiritual, prestando especial atención a las validaciones recientes y nuevos instrumentos, revisiones sistemáticas, consenso reciente sobre el cuidado espiritual y su medición, además de otros temas emergentes.	Revisión Sistemática a Nivel 1	SI	La revisión se limitó a trabajos publicados entre 2014 y 2015. 45 estudios identificados. 14 de los cuales fueron considerados: 5 trabajos abordaron la necesidad de desarrollar y validar herramientas espirituales 3 estudios revisaron herramientas para la evaluación de la espiritualidad, intervenciones o conceptos relacionados. 3 cubrieron los esfuerzos para definir pautas y prioridades para el cuidado espiritual y su medición.	La revisión muestra: Los autores piden escalas más cortas, con la facilidad de uso, para respetar la calidad de vida del paciente. Atención espiritual a las familias y cuidadores, junto con la evaluación de la calidad de esta atención, está ganando importancia. También se han desarrollado modelos específicos basados en la cultura de la espiritualidad y la evaluación espiritual. La relación entre la atención espiritual y esperanza de vida, la atención pediátrica específica, se evalúa.	Los resultados van encaminados a: 1. Aumentar la fiabilidad de las escalas. 2. Acortar las escalas para alcanzar el máximo calidad de vida de los pacientes. Ampliar la perspectiva de evaluación de la espiritualidad incluyendo nuevos temas como duelo complicado o satisfacción de la atención espiritual que trasciende al paciente, familia y la atención de profesionales en un tipo de perspectiva combinada.
<b>Necesidades de los familiares de</b>	Areia N, Major S, Relvas A	a) Determinar el impacto que tiene el seguimiento de	Revisión sistemática Nivel 1	SI	La revisión se limitó a artículos científicos publicados en la	Abordaje multidimensional de los cuidados paliativos en	La producción empírica sobre este tema es insuficiente, lo que

<b>enfermos terminales en cuidados paliativos: revisión crítica de la literatura</b>	2017	pacientes con enfermedades terminales en dinámica y funcionamiento del sistema familiar, sus elementos, en general, y el cuidador primario, en particular; b) Comprender cómo se experimenta el duelo anticipatorio en el contexto familiar; c) Aclarar cómo los cuidados paliativos, como enfoque holístico, pueden ser una respuesta para el paciente al final de su vida y su familia; y d) Determinar qué enfoques psicoterapéuticos sistémicos, debidamente validados, responden efectivamente a los problemas que surgen en esta etapa del sistema familiar.			última década (2006 - 2016) y los libros en el área de la psicología de las enfermedades crónicas, la familia y la atención al final de la vida. También se incluyeron trabajos previos al período de referencia cuando se consideraron determinantes para la comprensión del tema en estudio.	pacientes a final de la vida y sus familiares. Necesidad de inclusión del sistema familiar en el abordaje de los cuidados paliativos.	compromete el desarrollo de nuevos enfoques familiares eficientes que sean sensibles a las necesidades familiares. Una evaluación adecuada de las familias con mayor necesidad de apoyo puede ser muy ventajosa. A excepción de la Terapia familiar centrada en el dolor no hay modalidades de intervención familiar debidamente validadas su idoneidad y sensibilidad a los problemas que surgen dentro del sistema familiar con la muerte de uno de sus miembros acercándose. De los estudios existentes, la mayoría enfocan la experiencia de los familiares de pacientes con cáncer o más raramente de pacientes con Alzheimer. Pocos estudian el impacto de otras patologías crónicas terminales que pueden ser sensibles a la detección de necesidades familiares para una intervención familiar adecuada.
<b>Servicios de apoyo entre pares para sobrevivientes desconsolados : una revisión sistemática</b>	Bartone P, Bartone J, Violanti J, Gileno Z 2019	Proporcionar una evaluación de la evidencia disponible con respecto a los beneficios de los servicios de apoyo de pares para los	Revisión sistemática . Nivel 1	SI	La revisión se limitó a un período de 25 años desde enero de 1991 hasta diciembre de 2016. La revisión sistemática arrojó 32	Veintiséis estudios se centraron en si el apoyo entre pares es efectivo o beneficioso para quienes lo reciben. Siete estudios exploraron los beneficios para los mismos simpatizantes, mientras que seis	Existe una amplia evidencia que indica que el apoyo de pares es beneficioso para los sobrevivientes desconsolados de pérdida repentina o muerte. El apoyo de los compañeros

		sobrevivientes desconsolados de muerte súbita o inesperada.			estudios que cumplieron con todos los criterios de inclusión. De estos, 1 aplicó un diseño experimental o cuasiexperimental, 17 fueron observacionales y 14 fueron estudios cualitativos. En cuanto a la calidad general, 9 estudios fueron calificados en 9 a 12, considerados de alta calidad para estudios de este tipo; 19 estudios fueron calificados en 6 a 8, considerados de calidad media, y 4 estudios fueron calificados en 4 a 5, considerados de baja calidad.	examinó formas de apoyo entre pares basadas en Internet. Cinco estudios recolectaron principalmente comentarios de simpatizantes entre pares sobre preguntas como qué cualidades son valiosas para los simpatizantes, qué desafíos enfrentan y qué capacitación se necesita. Siete estudios trataron sobre el apoyo de pares para sobrevivientes de suicidio. Tres se centraron exclusivamente en el apoyo de pares para hombres (el número de estudios suma más de 32, ya que algunos estudios abordan múltiples preguntas o problemas).	está asociado con síntomas de dolor reducidos, mejor bienestar y crecimiento personal. Otro hallazgo importante es los beneficios que se otorgan a quienes brindan apoyo de pares a los deudos. Todos los estudios que abordaron este tema obtienen beneficios importantes de la experiencia de brindar apoyo. Los foros de soporte de Internet ofrecen una mayor comodidad y confidencialidad, y también están relacionados con la reducción de los síntomas de dolor. Sin embargo, para aquellos que sí se benefician del apoyo cara a cara entre pares, esto parece ser más efectivo que los programas de Internet por sí solos. La investigación futura debe estar dirigida a identificar los efectos de las intervenciones de apoyo de pares a lo largo del tiempo, y también a explorar las posibles interacciones entre los elementos del programa de apoyo de pares y las variables a nivel individual.
<b>Guía para las personas que sufren una</b>	SECPAL 2020	Recomendaciones sustitutivas de honrar la memoria de los seres	Guía práctica y	NO	Revisión literatura y panel de expertos	Establecimiento de: Pautas y rituales de despedida, Pautas de autocuidados para	

<b>pérdida en tiempos del coronavirus (Covid-19)</b>		queridos fallecidos en tiempos de COVID19	recomendaciones.			personas en duelo, Pautas de acompañamiento en duelo y Duelo previo al covid19	
--	--	---	------------------	--	--	--	--

Tras la revisión de la bibliografía se identificaron 560 artículos; tras eliminar los 43 duplicados, solo 70 (12,8%) cumplían los criterios de selección en el resumen, los 447 por no adecuarse a los criterios de inclusión y los 57 por no atender al objetivo, se consideró para su posterior análisis un total de 13 estudios, que aportaron un total de 699 evidencias. De los artículos seleccionados 8 fueron revisiones sistemáticas, 3 estudios cualitativos y un estudio observacional. En este análisis se incluye una guía de práctica clínica por la oportunidad de su contenido en estos momentos de excepcionalidad clínica provocada por la pandemia.

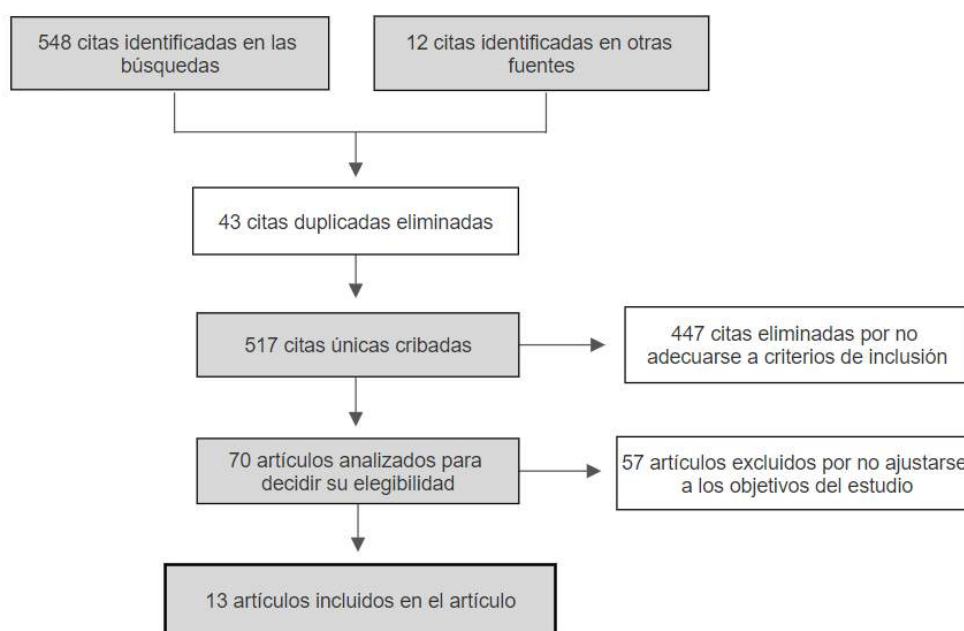


Figura 5. Flujograma de resultados de la búsqueda.





**CAPITULO 5.  
ARTÍCULOS  
SELECCIONADOS  
PARA EL  
COMPENDIO DE  
PUBLICACIONES**



**5.1 Artículo 1: Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home.**

Referencia	Rojas-Ocaña MJ, Araujo- Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. (2021) Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. Primary Health Care Research & Development 22(e26): 1–11.
Doi	<a href="https://doi.org/10.1017/s1463423621000086">https://doi.org/10.1017/s1463423621000086</a>
Autores	Rojas-Ocaña MJ, Araujo- Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB
Indexada	Science Citation Index Expanded y Social Sciences Citation Index (Web of Science), así como por Scopus y otras bases de datos
Indicios de calidad	<p>Primary Health Care Research &amp; Development es una revista de acceso totalmente abierto dirigida específicamente tanto a investigadores como a profesionales de la atención primaria de la salud, cerrando la brecha entre la política y la práctica de investigación de la atención primaria de la salud. Proporciona un foro para la publicación de investigación y desarrollo internacional e interdisciplinario en atención primaria de salud. La revista tiene un interés particular en la investigación y el desarrollo que aborda la integración de los servicios de atención médica, la interseccionalidad y las transiciones en la atención. Es una lectura esencial para todos los involucrados en la atención primaria de salud y damos la bienvenida a los manuscritos de todos: enfermeras, médicos de cabecera, parteras, gerentes de servicios de salud; economistas de la salud, grupos locales en salud comunitaria; investigadores y académicos; los encargados de formular políticas, los comisionados de los servicios de atención primaria de la salud; profesionales de la salud aliados, grupos de consumidores relacionados con la salud y aquellos que trabajan en salud pública. PHCR&amp;D acoge con satisfacción los documentos de toda la gama de metodologías de investigación y evaluación. Además de los trabajos de investigación clínica, también queremos incluir la investigación y la evaluación de las innovaciones en la educación para la atención primaria de la salud y también los estudios que abordan los problemas de la fuerza de trabajo. También damos la bienvenida a los documentos de revisión y documentos de protocolo. La implementación de la investigación y la evaluación en la práctica de la atención primaria de salud también es un área de importancia para la revista y los estudios que abordan directamente los desafíos y éxitos de la implementación son bienvenidos por los editores. En todos los artículos, los autores deben demostrar cómo su estudio de investigación o desarrollo se relaciona con la atención primaria de salud tanto en el contexto de su propio país como a nivel mundial.</p>



## Research





**Cite this article:** Rojas-Ocaña MJ, Araujo-Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. (2021) Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development* 22(e26): 1–11. doi: 10.1017/S1463423621000086

Received: 22 June 2020  
Revised: 10 December 2020  
Accepted: 25 January 2021

**Key words:** ageing; health care at home; informal carers; nursing interventions

**Author for correspondence:**  
Dr Miriam Araujo-Hernández, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Plaza Antonio Barceló, 8, 3º B, Huelva 21005, Spain.  
E-mail: miriam.araujo@denf.uhu.es

# Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home

María Jesús Rojas-Ocaña , Miriam Araujo-Hernández , Rocío Romero-Castillo   
and E. Begoña García Navarro 

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Spain

## Abstract

**Introduction:** The home is the natural setting for the development of informal care. The work that nurses are required to develop in this context (the carer/the elderly dependent/the home) focuses on training and educational activities to assist these two groups, such as demonstrating care activities to help dependent seniors, instruction in self-care techniques and teaching strategies for the use of human and material resources. **Aims:** This article analyzes care education interventions performed by nurses, and the factors that facilitate, or limit, health care training. **Methodological approach:** This is a qualitative, descriptive study designed to be flexible and openly analytical in its approach to the research problem and the dynamic nature of the home environment. Triangulation of the methodological techniques and study subjects was applied. **Results:** Nursing interventions related to professional attitudes, such as encouraging communication and facilitating teaching; communication interventions in health education and counseling; and technical interventions aimed at improving access to health information and support for the informal carer. Lack of will, the advanced age of the carer, emotional state and work overload are factors that undermine care instruction, which if reversed, would become learning facilitators. The lack of time and resources in the home are the major limiting factors on care teaching, according to nurses. Evidence from our study suggests that care in the home is considered a key primary health care strategy, one in which nurses play a significant role.

## Introduction

The Spanish health care system's current care model, which has been widely developed in the autonomous community of Andalusia, southern Spain, and where community nursing is practiced (Decree on Support for Families in Andalusia, 2010; IMSERSO, 2004), situates the home, the carer and the dependent elderly as a significant feature of the professional work performed by nurses.

The work that nurses are required to develop in this context (the carer/the elderly dependent/the home) focuses on training and educational activities to assist these two groups, such as demonstrating care activities to help dependent seniors, instruction in self-care techniques and teaching strategies for the use of human and material resources. This requires the health care professional to undergo an educational process that endows them with expert knowledge and skills to deal with adult learning processes, in domestic (non-academic or non-institutional) contexts and in critical or dependent situations (health problems), and how to manage the family dynamic in the home.

This phenomenon, and the identification of its underlying problems, has been widely explored (Del Rio Lozano *et al.*, 2017), likewise, the profile of dependents and carers (Rodríguez-Madrid *et al.*, 2018), and the demands of this segment of the population and their attendant problems (IMSERSO, 2004). However, there is a significant gap in knowledge in terms of the experiences of nurses in the development of the role they play in this situation, and of the strategies and difficulties observed in this process.

At present, 'home care is one of the basic intervention strategies undertaken by health care teams in the communities they serve. The elderly and dependents are, perhaps, the part of the population most clearly in need of this essential service', (IMSERSO, 2004).

Professional health care interventions in the home context must demonstrate a commitment to respect the client–user – this is, after all, their personal space – a global perspective of the health care that the nurse needs to apply, and knowledge of the various intervening factors. This approach will consider structural and organizational aspects regarding the user, other family members, the home environment and service systems. It also requires the professional interests of the different groups concerned to work together (García López *et al.*, 2009). Working in the home requires a systematic approach; the home is a 'microcosm' where personal relations, values, physical structure, etc., coalesce to influence the type of interventions that take place indoors.

© The Author(s) 2021. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Various studies (Bohórquez *et al.*, 2011; Hall *et al.*, 2011; Puchi & y Jara, 2015; Del Rio Lozano *et al.*, 2017) highlight the significance of the setting/environment, in this case, the home, in the daily lives of residents, and their autonomy and quality of life. This is especially true of senior citizens. The ageing process affects their capacity to adapt; the elderly need more time to adjust to new spaces, and they require stable, recognizable reference points, both physical and personal, in the form of familiar faces (Fernández *et al.*, 2018). Control over a known space and its elements, feeling 'at home', does not require any extra effort; it is an automated response and provides a sense of security. The domestic environment is familiar and inextricably linked to the resident's personal history (Ham *et al.*, 2012).

Care in the home is the standard-bearer of our health system. It enables us to identify and know aspects and issues that no other source of information can provide; it offers a global contextualized perspective of the problem that should boost coordination between sectors for resolution. Home care encourages the elderly to remain in their own environment, and increases family members' sense of responsibility towards them in all aspects of their health and well-being. It also encourages integral patient care and strengthens the individual's decision-taking capacity in terms of their own health problems (Genet *et al.*, 2013; Rodríguez-González *et al.*, 2017).

For centuries, attention to health problems has mainly taken place in the social space (the community) where the home is the natural context for care of the sick or dependents. The feature of this natural space is human participation (Aldana-Gonzalez & y Garcia-Gomez, 2011; Bernal *et al.*, 2018), between the carer and the person in their care. This interaction makes nursing practice much more human as it enables nurse and patient to see each other as persons, with patients having the right and obligation to be the agents of their own health, not mere passive recipients of the actions formulated by the health care professional who attends them (Vabo, 2012).

It is important to emphasize that the trend in social policy is towards prioritizing care of the elderly in the community, just as it is the expressed preference of the elderly to be cared for in their own homes (Davis & y Brayne, 2015; Bayona Huguet *et al.*, 2018).

Of equal importance to instigating social policies to resolve such problems is the identification, analysis and interpretation of how nurses' training is to be developed, and how the nurses themselves interpret it. Attention needs to focus on where difficulties arise and which strategies are best suited to optimizing professional resources (the nurse) to fulfil the objective of resolving the health care issues of senior citizens in their homes (Casey, 2013).

The research question could be: What do nurses do when working with community-dwelling older people and their carers? The main aim of the research described in this article is to identify educational interventions by nurses that improve the care and self-care processes practiced by carers with their elderly patients in the home.

## Aims

The main aim of the research described in this article is to identify educational interventions by nurses that improve the care and self-care processes practiced by carers with their elderly patients in the home.

Specific aims:

1. To identify and observe educational interventions by nurses in the home of the elderly patient.

2. To describe the factors that facilitate, or limit, the educational process in care and self-care practice, as practiced by the carer in the patient's home, from the perspective of nursing professionals in the field.

## Methodological approach

This is a qualitative, descriptive study designed to be flexible and openly analytical in its approach to the research problem and the dynamic nature of the home environment.

The study covered the Basic Health Zones operated by the Huelva District and Coast health authority, in southern Spain. The sample consisted of 18 health care professionals working out of health care centers in the city of Huelva. The participants were selected by intentional sample using the personal network processes in operation at such centers.

Triangulation of the methodological techniques and study subjects was applied:

1. Triangulation of subjects: the points of view of those sampled were contrasted based on the type of nursing activity developed in the various zones studied: Liaison Nurse, Community Nurse and Nurse Educator.
2. Triangulation of methods: differences and similarities were contrasted in the description and assessment of the difficulties arising from the development of the nursing intervention that is the object of this research, according to each participant's perspective (Gatha Nursing instrument), interviews and group discussions (Figure 1).

## The Gatha nursing instrument

A total of 192 observations of home visits were carried out. The Gatha Nursing tool gathered 35 items on three axes: professional attitudes, communication tasks, and technical skills (Annex 1).

This instrument was designed based on work initiated by the 'Health and Communication' group of experts to adapt the Gatha Base (Prado *et al.*, 2003). This tool has been successfully applied in research on the communication profile of general practitioners and their training, and was initially validated by experts in 1993, 1994, and 1995. It has since been adapted to a range of media, its principal strength being the validity of its content.

Triangulation of the data concluded with eight individual interviews, four case management nurses and four community nurses, to achieve data saturation (Creswell, 1998), and a group discussion among six participants: three community nurses and two case management nurses from the Huelva District and Coast health authority, and a nursing student from the University of Huelva.

Inclusion criteria were: voluntary participation in the study, and being on active duty at the time of the interviews or group discussion.

## Data treatment: processing, analysis and interpretation

The data obtained by observation in patients' homes using the Gatha Nursing instrument were analyzed using the Windows' SPSS V.17 software program. This descriptive analysis enabled us to identify, using the nursing interventions classification (NIC) tool, those activities that matched the items gathered by the Gatha instrument, and the corresponding intervention. We also extracted data from the context where the nursing activity took place, and on those aspects that could facilitate, or hinder, the learning process in the home. Based on the home observations,



Figure 1. Triangulation modalities used.

we analyzed dimensions and categories by triangulating between the observations and the data obtained from interviews (on subjects and techniques).

Deductive coding was used based on the information from the elements observed in the home in relation to the context, and on the determining factors and interventions in the home, which were classified as dimensions, categories and subcategories.

Table 1 presents the dimensions established by the researcher for the home observations, interviews and group discussion.

## Results

The results based on the methodological techniques used are as follows:

### The observations

#### Descriptive profiles

The 192 visits were carried out in six health centers in the city of Huelva, Spain and were distributed as shown in Figure 2.

The number of health care professionals who undertook these home visits was 18, of whom 16.7% were male and 83.3% female. The mean age of the nurses was 48.8 with a standard deviation of 6.2. The professional profile was of 25.7 years' experience in nursing, with a standard deviation of 5.8, and primary care experience of 15.6 years. The majority (83.3%) declared that they belonged to a professional nursing organization.

The Experience and training of nursing undergraduates in communication and clinical interviews is present in Table 2.

Within the care activity context (Gatha Nursing instrument point II), the type of attention administered (scheduled visits and unscheduled call-outs) and the type of care (interventional, mixed and assessment) are summarized in Figure 3.

Those who were the object of the visit were classified as primary patients, visits directed at the carer and secondary patients (to treat health problems of the carer because of their work with the patient at home). In such cases, 79.3% of those visited were women (Figure 4).

### The Gatha instrument

Recording nurses' educational interventions by home observation and the use of the Gatha Nursing tool was performed as follows.

An intervention by a nurse was considered completed when the item was performed in 75% or more of the observations. NIC identified those interventions that matched the items of the Gatha instrument, and the corresponding intervention (Table 3).

All these items have a compliance level of above 75%. The table shows the instrument's axes and the Gatha items that indicate the nursing interventions.

The axes included in the Gatha Nursing instrument consist of Axis I. Professional Attitudes:

All 192 health care professionals (100%) begin their visit by greeting the patient on arrival in their home and addressed the patient by their name (P2).

All 192 health care professionals (100%) showed respect in their communications with the patient (P3), and smiled at some point during the session in 191 (99.5%) of the visits recorded (P4). In all cases, they looked directly at the patient when talking or listening to them (P5).

During 181 (94%) of the visits, the nurse allowed the patient to communicate, with 11 (5.7%) sessions recording no communication (not applicable) due to the patient's pathology (P6).

On 149 (77.6%) occasions, the nurse took into consideration the patient's opinion at all times, demonstrating a high degree of understanding (P7).

The health care professionals attended to the questions of the patient and provided clarifications in 166 (86.56%) of visits (P8).

On 179 (93.2%) occasions, we observed that the nurses treated the patient as adults without using paternalistic language (P9).

During 144 (75%) of the visits, nurses always discussed sensitive issues with those patients who manifested their fears and concerns (P10); this item was not applicable in the remainder of the sessions due to the nature of the visit, which was to perform a technical action that the patient was used to receiving.

In 183 (95.3%) of the visits, the health care professionals manifested verbal and non-verbal expressions of support and understanding with the patient (P11). All the visits were marked by nurses' coherence in the verbal and non-verbal language used, and all said goodbye to the patient.

### Interviews

Here we describe the categories prior to the interviews, as well as those that emerge during them (context, elements that facilitate, or limit, learning in the household).

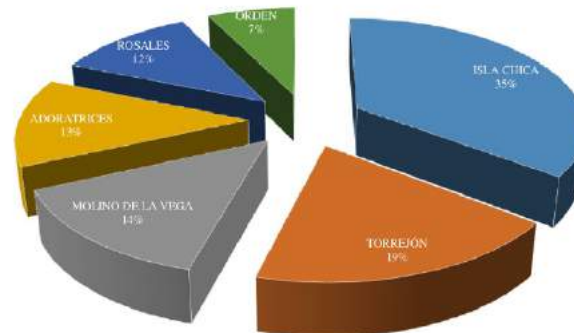
### Context

The context where the care activity is performed and its infrastructures are an important point of analysis in this study, likewise the characteristics, elements and actors in this situation. The home must be seen as a 'microsystem' where personal relationships, values, physical structure, etc., interact simultaneously to influence the type of intervention that takes place within. To better understand how the carers learn to carry out care activities, it is important to know the personal characteristics of the carer, their skills and capabilities, the context in which they administer the care and the resources they can count on.

The home is the space where all the human responses involving the patient and carer take place. The action of providing care to the patient is only possible if the nurse can apply the communication skills acquired to identify and characterize (diagnostic judgement phase) the general situation of the person, the health problems they present and how these problems are affected by social and psychological factors. The health care professional also needs to know how the person identifies their problem and how they feel about it, the type of mechanisms (human responses) to put into operation, and the extent to

**Table 1.** Collection of information in the different methods used: observation, interview, and discussion group

Dimensions	Categories	Subcategories	Observation	Interview	Discussion group
1. Context	Personal		X	X	X
	Family		X	X	X
	Environmental		X	X	X
2. Interventions	Strength	Promoting communication	X	X	X
		Cognitive Restructuring	X	X	X
		Program development	X	X	X
	Knowledge	Main caregiver support	X	X	X
		Memory training	X	X	X
		Health education	X	X	X
		Enable teaching	X	X	X
		Improving access to health information	X	X	X
	Will	Family involvement	X	X	X
		Advice	X	X	X
		Presence	X	X	X
		Active listening	X	X	X
		Setting common goals	X	X	X
Support in decision making		X	X	X	
3. Determining Factors of Learning	Enablers factors	Caregivers		X	X
		Nurses	X	X	X
	Limiting factors	Caregivers		X	X
		Nurses			X
4. Professional Identity	Selfconcept			X	X
	Recognition			X	X
	Satisfaction			X	X

**Figure 2.** Distribution of observations by Health Centers.

which these mechanisms function within the person's own process. We must also consider the individual characteristics of the person, prior shared history of carer and patient, and

the values and beliefs that prevail in the context, where the nurse is a guest and where they must deliver health care attention to the patient.

**Table 2.** Experience and training undergraduates nursing in communication and clinical interview

	None	Basic understanding	Sufficient theoretical and practical training
Experience in communication among nursing undergraduates	44.8%	44%	11.2%
Pre-grade training in clinical interview	27.8%	55.5%	16.7%

Three categories were used in the analysis of the dimension of context:

- **Personal:** the extent of the contribution of the characteristics of the carer in the home, which can involve their state of mind, level of education, willingness, physical circumstances, etc.
- **Family:** this aspect broadens the context by involving the social networks of each individual within the household, drawing on resources, support and family relationships.
- **Environmental:** this extends the notion of physical context by encompassing variables such as the household's state of cleanliness, lighting, noise, the setting in general, etc.

Table 4 presents a summary of the segments found and grouped in categories.

#### Factors that determine learning

This dimension includes all elements that facilitate, or limit, the process of training by the nurse of the carer in the home.

Learning in this context is conditioned by the personal and situation factors analyzed in this article. Table 5 provides a summary of the two main blocks: factors that facilitate learning and factors that limit learning.

#### Group discussion

The group discussion analysis yielded a new category within the dimension of factors that determine learning, defined as a subcategory – limitations on learning. This subcategory was highlighted by nurses in the group discussion, and is described in Table 6.

Finally, as a synthesis of the information gathered in the triangulation process involving the nurses' perspectives and the data gathering techniques used in the study, we analyzed the data separately in the form of observation, interview, and group discussion. Table 7 shows that in the initial survey involving participant observation, the nursing interventions collated by the researcher shaped the first emerging categories that were then used in the interviews and group discussion to carry out a detailed examination of the educational interventions and activities developed in the home.

#### Discussion

This study aimed to determine the educational interventions developed by nurses who attend patients and liaise with carers in the home, in the Basic Health Zones operated by the Huelva District and Coast health authority, in southern Spain. The aim was also to study the factors that facilitate, or limit, this educational process.

In terms of sociodemographic features, the carer profile matches that found in other research on carers who look after the elderly (Abellán *et al.*, 2018). The carer tends to be a middle-aged woman who is responsible for domestic chores (Prado *et al.*, 2003), this person being the wife or daughter (Trivedi *et al.* 2014; Coira & y Bailon, 2014) who lives with the person they take care of; in most cases the carer is married to the patient, and has no academic qualifications (Delgado *et al.*, 2014; Del-Pino-Casado *et al.*, 2014; Abellán *et al.*, 2018). The carer is typically female, which is line with the gender stereotypes in our society (Vicente *et al.*, 2014).

#### What is the nature of the context in this study?

The visits by nurses were almost entirely scheduled, by prior agreement between patient/carer and nurse. The content of the visit consisted of controlling and monitoring the patient, and was an opportunity to provide learning and support, training for the carer and in self-care techniques, among other tasks (Bernal *et al.*, 2018).

The Bernal study carried out in a home environment describes the practice of domestic care assistance, focusing on the emotional health and stress factors that affect the main carer, their spiritual wellbeing, their performance and training in care, the resistance they might display, and the execution of their technical role. The latter included administration of treatments, cures, bandages, control of vital signs, and assessment of physiological needs. The study also examined the carer's educational role in illness prevention/promotion of good health, in preventive activities and activities promoting health education; psychosocial factors, such as the assessment of needs and social problems, and dealing with emotional problems of the patient and carer.

In a review of 33 studies on interventions involving family carers, Bustillo *et al.* (2018) found that the majority of such investigations aimed to find ways to improve carers' emotional state and relieve the burden of work. The content and development of the interventions were not always clearly defined. Most interventions were physical-educational (Marante *et al.*, 2014; Cristancho-Lacroix *et al.*, 2015) or psychosocial (Brown *et al.*, 2015); they also carried out clinical interviews to resolve problems (Otero *et al.*, 2014) and even included phone and video phone calls (Steffen & Gant, 2016).

The interventions comprised activities developed with carers as both a resource or as a patient, with the nurse providing instruction and information. This included imparting knowledge and information on the home patient's illness, hygiene for the bed-bound, how to change the patient's position, adapting a diet to the patient's needs, and safety and prevention measures (Espinoza & y Jofre, 2012; Adelman *et al.*, 2014). The literature has numerous studies centered on interventions developed to benefit carers, most of which analyze their workload, wellbeing, perceived social support, and perception of their stress levels or physical condition, among others, as in the study by Delgado *et al.* (2014).

Other personal attributes detected by nurses that are believed to intervene in the carer's learning process are the lack of energy and motivation, difficulties arising from the family's history, work overload and the emotional burden involved, lack of support from the rest of the family and awkward personal relationships, as highlighted by Rodríguez-González *et al.* (2017), for example.

Conflict or lack of harmony in the family has negative consequences both for the care recipient, who might subsequently receive less support than required, and for the carer, who feels the burden of looking after the patient. Lizarraga *et al.* (2008) carried out a psychotherapeutic intervention with the aim of

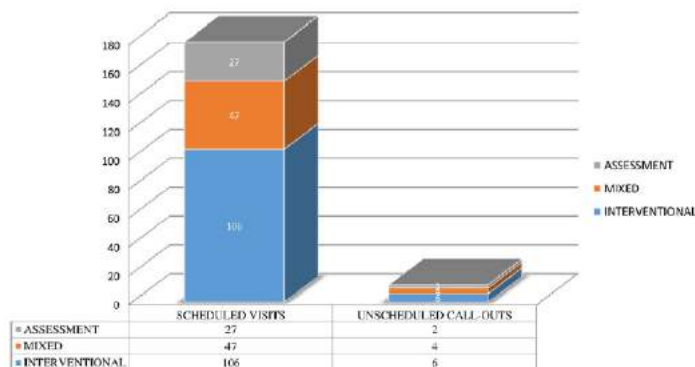


Figure 3. Type of inquiries and activities performed.

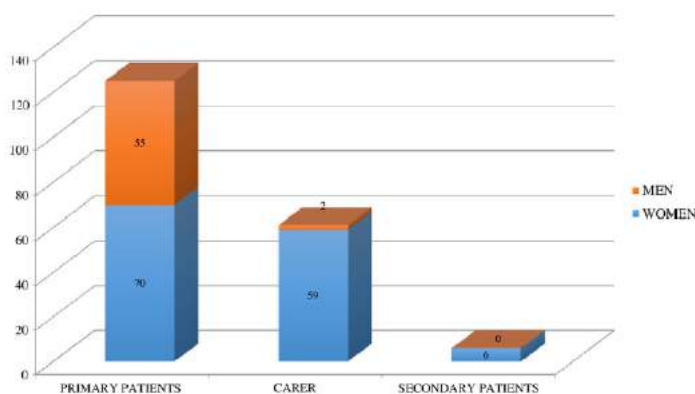


Figure 4. People who are the subject of nurse care. Distribution by sex.

improving carers' emotional state by using a cognitive-behavioral approach that applied Pearlin's Stress Process Model (Pearlin *et al.*, 1990; Deví & Ruiz, 2002) to patient care in the home. This model uses variables such as context conditions similar to those in our study, including the carer's sociodemographic characteristics, social and family networks, history of the relationship between patient and carer, and social support as stress factors and modulating variables.

As in our study, Bernal *et al.* (2018) found that carers' lack of information and motivation, and lack of awareness of the situation in which they operated necessitated health care education for carers to avoid patient dependence and excessive demands on the health care system. Puchi and y Jara (2015) had similar results to ours, emphasizing the importance of communication skills when dealing with the patient and family, focusing on interventions for the care of the carer, fostering their competence in care activities, encouraging practices that strengthen the patient's health and developing the role of health care provider.

Numerous studies have focused on general education interventions at national and international level (Rojas-Sánchez *et al.*, 2009; Guevara *et al.*, 2011; Azzolin *et al.*, 2013; Corrales & y Sánchez, 2018; Hernández Bernal *et al.*, 2018). The study on nursing communication with families by Pérez-Fernández *et al.* (2009) applied

NIC to detail nursing interventions and activities, and coincided with our study in finding actions such as support for the main carer, fostering communication, active listening, and family involvement.

Azzolin *et al.* (2013) applied NIC in a study of heart failure interventions in the home; of the 11 interventions observed, 8 were shown to be effective, that is, they showed significant improvement with the performance of interventions similar to those in our context, namely, symptoms control, tolerance of the activity, and energy conservation.

Developing a Program is the cornerstone of nursing interventions, in which nurses must identify needs, prioritize objectives and describe the activities to be carried out, in other words, all steps involved in the nursing process. Puig (2009) Llobet's thesis on care and quality of life describes how all the nursing professionals interviewed applied the Nanda Nursing Diagnosis and adhered to the nursing process in their home care visits, detecting the needs of elderly dependents and those of their carers.

Another crucial event in nurses' home care activity is the first contact, 'the welcome', with the patient and family. The main objective of this first contact is to establish trust and forge a strong alliance. Pérez-Fernández *et al.* (2009) used the 'fostering communication' intervention in a nursing plan for welcoming the relatives

**Table 3.** Gatha instrument axes, items and the interventions obtained

Gatha axes	Gatha items	Interventions
Axis 1 Professional attitudes (openness, respect, closeness, understanding, empathy, security...)	1,2,3,4,6,11,12,13,14 3,4, 5,6,7,11,13 8,9,11 8,9,11,12,13 6,7,8,9 101 112,13	Fostering communication Active listening Establishing common goals Facilitating teaching Presence
Axis 2 Communication tasks: gathering information	17,19 15,16,17,18,20 19 15,17,20	Establishing common goals Health education Family involvement Counseling
Communication tasks: Establishing a care plan	21,22,23,24 25 24,25 22,23,24,25	Developing a program Support for decision taking Boosting learning capacity Counseling
Communication tasks: Monitoring the care plan	26,27 28 26,27,28	Health education Developing a program Family involvement
Axis 3 Technical skills: Gathering information	29,30 29,30	Facilitating teaching Cognitive restructuring
Technical skills: Disseminating educational content	31,32,33,34,35  31,32,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35	Improving access to health information Facilitating teaching Health education Counseling Memory training Supporting the main carer

of patients hospitalized in an intensive care unit, and classified it as a necessary nursing competence. Here, nurses displayed attributes similar to those found in our study, such as an open tolerant attitude, showing that they were available at all times, and maintaining positive verbal and non-verbal communication. Interventions carried out by the nurses in the study were successful although the nurses who were observed had limited formal training in communication methods, a finding which we attribute to the experience of the nurses.

The most representative interventions in the study also included counseling, active listening, establishing common goals, which we will deal with together as they are interrelated.

Various studies emphasize the importance of these aspects among nurses and home carers. (Chen *et al.* 2015), Puchi and y Sanhueza (2015) writing on health assessments carried out by nurses in the home, emphasized that the main aim of the health care professional is to gather relevant information on the factors considered essential in each case. Relevant data are a requisite for planning and performing interventions.

#### Factors that determine learning

The factors that limit the ability of carers to learn good care techniques have already been discussed here. They usually relate to the carer's lack of will and old age (Del Rio Lozano *et al.*, 2017), emotional state (López Martínez *et al.*, 2019), heavy workload (Flores *et al.*, 2012), and the social situation of the family nucleus or history of poor personal relationships, as indicated by Pearlín *et al.* (1990).

The lack of motivation and heavy workload are aspects covered by other studies (Martin-Carrasco *et al.*, 2013; Schönfeld *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2017). In line with our study, they indicate that carers who are emotionally affected by their work find it difficult to assimilate new concepts and information.

These same attributes can be considered facilitators if reversed, that is, the carer's will and willingness can stimulate the learning process, as well as having a strong support network and a positive attitude.

Our analysis of the factors that facilitate learning in relation to the activities performed by nurses in the home coincides with other studies (Zarit *et al.*, 2010; Crespo & y Rivas, 2015). The methodology used by nurses must adapt to the new needs of the patients; they must identify the patient's particular characteristics and respect their experience and acquired knowledge by using language that is free of medical jargon, explaining the reason behind instructions given and encouraging feedback.

In terms of the factors that limited nurses' ability to instruct carers and patients at home, the clear consensus among those who took part in the study was that the lack of time to attend to the patient and shortage of resources were major impediments (Otero-Lopez *et al.*, 2014; Arcos-García *et al.*, 2016).

Regarding the limitations of the study, this study was limited to the province of Huelva, which may have implications for its transferability. Likewise, the type of sampling was intentional or for convenience, which potentially introduces a possible bias in the research.

To conclude, care in the home is considered a key strategy in primary health care, and the role of nurses is crucial (Otero *et al.*, 2014; Adelman *et al.*, 2014; Otero-López *et al.*, 2014; Moral-Fernández *et al.*, 2018). Yet nurses face considerable difficulties in carrying out their duties due to the lack of socio-sanitary services and coordination of the same. Therefore, we could say that our study is confirmatory by finding multiple evidences in similar literatures.

#### Conclusion

- The profile of the person who cares for the elderly at home is of a middle-aged woman, daughter or wife of the patient or dependent person, who lacks academic qualifications. They also reside

**Table 4.** Categories found in the analysis of the context

Categories	Thematic core	Comments
1. Personal	1.1 Predisposition	1.1.1 'Some people don't know how to read or write, and their socio-economic status is low but they are very willing for you to tell them what they can do to learn about care work.' (Liaison Nurse 3, segments 14-14).
	1.2 Illiteracy	1.2.1 'It is clear that people with a low level of education normally have more strength and will than those with a better education, because they have a different set of life expectations' (Liaison Nurse 1, segments 16-16).
	1.3 Motivation and will	1.3.1 'Evidently, on many occasions carers have the knowledge but not the sufficient strength to put it into practice; their will in most cases has been undermined as a result of the deteriorating relationship with the person they are caring for, and this is a big influence on the care process.' (Liaison Nurse 1, segments 4-4). 1.3.2 'Carers are often people of more or less the same age as the person they are taking care of, but they may be slightly better in health. This is also a problem.' (Community Nurse 3, segments 4-4).
	1.4 Emotional burden	1.4.1 'Carers are always willing to collaborate, and always try to care for the patient as best they can because they know you are going to help them. Sometimes they might have a bad day, like all of us, or they cry in front of you ("I'm having a bad day. I can't do this anymore...").' (Community Nurse 3, segments 24-24).
2. Family	2.1 Social situation	2.1.1 'It is complicated for these people. You know that there are things they are not going to be able to do. Their social situation is what it is, and you leave with a feeling of impotence, because you say to yourself, "what else can I do?"' (Liaison Nurse 3, segments 21-21).
	2.2 Family Ties	2.2.1 "The family is very important when caring for the patient, because normally wives and daughters are much more effective when there are other relatives on hand." (Liaison Nurse 2, segments 8-8)
	2.3 Carer-Patient Relationship	2.3.1 'The first thing I observe is the condition of the patient, then the relationship between patient and carer, and the state of the home, and what I can use here to do my job in the home. The resources available to them in the home' (Community Nurse 1, segments 6-8).
	2.4 Social Support	2.4.1 'The first thing I observe is the condition of the patient, then the relationship between patient and carer, and the state of the home, and what I can use here to do my job in the home. The resources available to them in the home... how willing the carer is to collaborate; the first impression tells you a lot. On that first visit, you notice how the carer welcomes you into the home.' (Community Nurse 1, segments 6-8).
3. Environment	3.1 State of the Home	3.1.1 'While you are talking to them, you are also observing everything. While I am there, I get an impression of what the situation is. You get a good look at the home and the state it is in.' (Liaison 3, segments 69-69). 3.1.2 'When you arrive, you look at the room, to see if it is tidy, with all the medication there, towels and nappies in place. If there are things they don't know, I teach them. I might tell them to do it like this so that when I come to do the cure, I prefer it that way... and I bring them a box of stuff.' (Community Nurse 1, segments 10-10).
	3.2 Acceptance of the Role of Carer	'But you see clearly that they are willing to do the work and that they are more than capable; they normally work hard and try to take good care of their patient, because older people have that mentality from the past, that they are the ones who do the care work. She is a woman and it's her role to take care of the family, her husband, her children, and anyone else in the house. So, they naturally take on the role of the carer, and they feel responsible, and want to feel useful and do a perfect job.' (Community Nurse 3, segments 18-18).

**Table 5.** Factors that determine learning

Categories	Thematic core	Comments
1. Enablers Factors	1.1 Will	1.1.1 'So, in the end, I think it still depends on what we were saying before, on the strength and will of the carer.' (Liaison Nurse 1, segments 14-14). 1.1.2 'And some people are more willing than others to learn absolutely everything and help you in every way you ask them with their patient.' (Liaison Nurse 2, segments 13-13).
	1.2 Physical Condition and Age	1.2.1 "One thing is that they don't have any understanding of the job but they are very keen and in good shape physically, and in this case you can work well with them." (Liaison Nurse 3, segments 20-20).
	1.3 Family Support	1.3.1 'When there is less of a link, for example, when you have been caring for the patient on and off, like the daughter in law, or I don't get on well with him, or I will go, what we say in these situations is that they usually just get on with their lives.' (Liaison Nurse 2, segments 48-48).
2. Limiting Factors	2.1 Old Age	2.1.1 'Age, not in the sense of being old in years, but because old age means the skills needed to provide care are diminishing. Some of them just can't do it any more. They haven't got the energy. It's impossible because some carers are 70 and over, and I sometimes don't know who is in worse health, the carer or the one being cared for!' (Liaison Nurse 3, segments 21-21). 2.1.2 'One woman, she really wants to help but she just can't. She can't change her patient's position. She just can't do it. She has a bad leg and uses a walking stick. Although she wants to help, it's her age that goes against her, as in so many cases.' (Liaison Nurse 3, segments 22-22).
	2.2 Family History	'I've never got on well with him and now I have to look after him, but I'm going to do the minimum. I'll do the basics, wash him, dress him and prepare his food but don't ask any more of me.' (Liaison Nurse 2, segments 11-11).

**Table 6.** Description of the factors that determine learning based on the techniques used

Observation	Factors that determine learning			
	Limiting factors		Enablers factors	
	Carers	Nurses	Carers	Nurses
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explain the reasons for the instructions given</li> <li>- Explain by using examples</li> <li>- No not use medical jargon</li> <li>- Check carer's understanding of information given</li> </ul>
INTERVIEWS			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Will</li> <li>- Known environment</li> <li>- Personal relationships in the family</li> <li>- Family support</li> <li>- Experience in providing care</li> <li>- Physical condition/age</li> </ul>	
Group discussion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prior history of poor family relationships</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of time</li> <li>- Experience in primary care</li> <li>- Lack of coordination between health care professionals</li> <li>- Lack of behavior modification techniques</li> <li>- Difficulties within management teams</li> </ul>		

**Table 7.** Interventions based on techniques used

Techniques	Interventions		
	Strength	Knowledge	Will
Participant Observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitive restructuring</li> <li>- Developing a program</li> <li>- Fostering communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support for the main carer</li> <li>- Facilitate teaching</li> <li>- Memory training</li> <li>- Health education</li> <li>- Improve access to health information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Family involvement</li> <li>- Counseling</li> <li>- Active listening</li> <li>- Establishing common goals</li> <li>- Presence</li> <li>- Support in decision taking</li> <li>- Boosting learning capacity</li> </ul>
Interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Developing a program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support for the main carer</li> <li>- Health education</li> <li>- Facilitate teaching</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Family involvement</li> <li>- Counseling</li> <li>- Active listening</li> <li>- Establishing common goals</li> <li>- Presence</li> </ul>
Group discussion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitive restructuring</li> <li>- Developing a program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support for the main carer</li> <li>- Health education</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Family involvement</li> <li>- Counseling</li> <li>- Establishing common goal</li> <li>- Support in decision taking</li> </ul>

with the patient and are usually married to the person they take care of. They perform personal, instrumental, and psychosocial care. The average time they have spent caring for the elderly dependent is two and a half years.

- The profile of the nursing professionals is of a married woman with an average age of 48.8 years with more than 25 years in the job. They have a low level of training in communication skills and in conducting clinical interviews.
- In the context of the home: Aspects that the nurses considered to be influential on the carer's learning process were their lack of will or motivation, poor personal relations between family members, heavy workload and emotional strain, and lack of family support.
- Health care education was the most common intervention undertaken by nurses. This consisted of identifying the carer's

needs, and the knowledge and resources at their disposal for the nurse to be able to develop the intervention of training and skills development, based on goals and a methodology that matched the carer's context and characteristics.

- Support for the main carer is an intervention that requires the design of innovative strategies centered on the individual needs of the carers who live in the home with the patient. Carers' access to health education is a common intervention willingly undertaken by nurses despite the limitations imposed by lack of carer motivation, time and resources available in the home.
- Other nursing interventions found were family involvement in support of the carer, counseling, active listening, establishing common objectives, cognitive restructuring and development of a program.

- Factors that limited learning in carers were the lack of will or motivation, emotional state, work overload, a disagreeable social situation within the family, poor personal relations in the family, and the advanced age of the carer. The positive opposite of these attributes was, naturally, suited to a better atmosphere for learning.
- Factors that nurses found to facilitate learning in carers were the use of language free of medical jargon, the use of examples, explaining at all times the reasoning behind instructions given and encouraging carer feedback. Other drawbacks for carer learning in terms of nurses' work dynamic is the shortage of time to be with the carer and patient, and inadequate training for nurses in behavior modification techniques and clinical interviews. The lack of coordination between members of the multi-disciplinary team that attends to carers and their elderly patients is another hindrance found, meaning that more teamwork and better internal communication is required.

**Financial support.** This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

**Conflict of interest.** None.

**Authors' contribution.** The authors of this paper are: María Jesús Rojas-Ocaña (MJRO), Miriam Araujo-Hernández (MAH), Rocío Romero-Castillo (RRC) and Esperanza Begoña García-Navarro (EBGN).

All persons listed as authors have a thorough domain of the final manuscript, are able to defend its conclusions and have performed the following tasks. All authors read and approved the final manuscript as well as its submission to the journal. The manuscript, or part of it, is not currently under consideration for publication by any other journal.

MJRO and EBGN participated in the conception and design of the study and drafted the first version of it. MJRO and MAH participated in the development of the study and analysis of data. EBGN revised critically the draft of the manuscript. MJRO and MAH participated in the data collection and next to EBGN and RRC they made the final version of the manuscript.

**Supplementary material.** To view supplementary material for this article, please visit <https://doi.org/10.1017/S1463423621000086>

## References

- Abellán A, Ayala A, Pérez J and y Pujol R (2018) *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red nº 17.
- Adelman R, Tmanova L, Delgado D, Dion S and y Lachs M (2014) Caregiver burden. *Journal of American Medical Association* 311(10), 1052–1059.
- Aldana-González G and y García-Gómez L (2011) The experience of being a caregiver for a chronically ill elderly person. *Aquichan* 11(2), 158–172.
- Arcos-García C, Rubio-Hernández A and y Nieto-Alcaraz R (2016) La comunicación con el familiar del paciente dependiente. *Actuación de Enfermería. Revista Española de Comunicación en Salud* 7(2), 324–330.
- Azzolin K, Mussi CM, Ruschel KB, De Souza EN, De Fátima Lucena A and y Rabelo-Silva ER (2013) Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research* 26(4), 239–244.
- Bayona Huguet X, Limón Ramírez E and y Cegri Lombardo F (2018) Propuestas para la atención domiciliar del siglo XXI. *Atención Primaria* 50(5), 264–266.
- Bernal NH, Becerra JB and y Mojica CM (2018) Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista Cuidarte* 9(1), 2045–2058.
- Bohórquez VC, Castañeda BA, Trigos LJ, Orozco LC and y Camargo FA (2011) Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista Cubana De Enfermería* 27(3), 210–219.
- Brown K, Coogler C and y Wegelin J (2015) A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging & Mental Health* 20(11), 1157–1166.
- Bustillo M, Gómez-Gutiérrez M and y Guillén A (2018) Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clinica Y Salud* 29(2), 89–100.
- Casey D (2013) Transforming the delivery of health and social care: the case for fundamental change. *British Journal of General Practice* 63(611), 292.1–292.1.
- Chen H, Huang M, Yeh Y, Huang W and y Chen C (2015) Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics* 15(1), 20–25.
- Coira G and y Bailón E (2014) La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Atención Primaria* 46(6), 271–272.
- Corrales I and y Sánchez Y (2018) El aprendizaje cognitivo emocional en un grupo de personas mayores. *Anales en Gerontología* 10, 159–169.
- Crespo M and y Rivas M (2015) La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clinica Y Salud* 26(1), 9–16.
- Creswell W (1998) *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Cristancho-Lacroix V, Wrobel J, Cantegreil-Kallen I, Dub T, Rouquette A and y Rigaud A (2015) A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 17(5), e117.
- Davis D and y Brayne C (2015) Ageing, health, and social care: reframing the discussion. *The Lancet* 385(9979), 1699–1700.
- Decree on Support for Families in Andalusia (2010) Boletín oficial de la Junta de Andalucía. *Official Bulletin of the Junta de Andalucía* 52, 7127–7134.
- Del Rio Lozano M, García-Calvente M, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M and y Larrañaga-Padilla I (2017) Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research* 26(12), 3227–3238.
- Delgado E, Suárez Ó, de Dios R, Valdespino I, Sousa Y and y Braña G (2014) Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 40(2), 57–64.
- Del-Pino-Casado R, Millán-Cobo M, Palomino-Moral P and y Frias-Osuna A (2014) Cultural correlates of burden in primary caregivers of older relatives: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship* 46(3), 176–186.
- Devi J and Ruiz I (2002) Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia (Models of stress and coping in the caregiver of the patient with dementia). *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 12, 31–37.
- Espinoza K and y Jofre V (2012) Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia Y Enfermería* 18(2), 23–30.
- Fernández I, Armay J and y Marrero JE (2018) El envejecimiento constructivo y la educación crítica de personas adultas y mayores: explorar en la construcción de la propia vida. *Anales en Gerontología* 10, 74–99.
- Flores GE, Rivas RE and y Seguel PF (2012) Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia Y Enfermería* 18(1), 29–41.
- García López MV, Rodríguez Ponce C and y Toronjo Gómez A (2009) *Enfermería del anciano*. Madrid: Editorial DAE. Enfermería Siglo 21.
- Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A and y Saltman R (2013) Home care across Europe. *Current structure and future challenges*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Guevara SLR, Estupiñán, JPS and y Díaz, LJR (2011) Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería* 27(1), 20–30.
- Hall S, Koliakou A, Petkova H, Froggatt K and y Higginson I (2011) Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD007132. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007132.pub2>
- Ham C, Dixon A and y Brooke B (2012) Transforming the delivery of health and social care. *The case for fundamental change*. London: The King's Fund.
- Hernández Bernal N, Barragán Becerra J and y Moreno Mojica C (2018) Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista Cuidarte* 9(1), 2045.
- IMRSO (2004) *Libro Blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Lizarraga V, Artetxe I and Pousa N** (2008) Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 43(4), 229–234.
- López-Martínez C, Frias-Osuna A and Del-Pino-Casado R** (2019) Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria* 33(2), 185–190.
- Marante E, Casanova MDLC, Nuñez E, Amador P, Lina M, Trasancos M and Ochoa MR** (2014) Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 18(3), 284–296.
- Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón A, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E and Ballesteros-Rodríguez J** (2013) Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 48(6), 276–284.
- Moral-Fernández L, Frias-Osuna A, Moreno-Cámara S, Palomino-Moral P and del-Pino-Casado R** (2018) Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria* 50(5), 282–290.
- Otero P, Smit F, Cuijpers P, Torres A, Blanco V and y Vázquez P** (2014) Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 45(7), 1401–1412.
- Otero-López J, Villardefrancos E, Castro C and y Santiago M** (2014) Stress, positive personal variables and burnout: a path analytic approach. *European Journal of Education and Psychology* 7, 95–106.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ and Skaff MM** (1990) Caregiving and the stress process: an overview. *Gerontologist* 30(5), 583–595.
- Pérez-Fernández MC, Navarro-Infante FR, Dulce-García MA, Gallardo-Jiménez N and Fernández-Fernández A** (2009) Comunicación: una necesidad para el paciente-familia. una competencia de enfermería (communication: a necessity for the patient-family. a nursing competency). *Revista Digital de Enfermería* 1(3), 15–20.
- Prado JA, Cebria J, Bosch JM, Borrell F, Alonso S and Pérez J** (2003) Construcción de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: el cuestionario GATHA base (construction of a questionnaire to assess healthcare communication: the GATHA base questionnaire). *Tribuna Docente* 4(5), 31–48.
- Puchi C and y Jara P** (2015) Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria* 12(4), 219–225.
- Puchi C and y Sanhueza O** (2015) Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos. *Revista Iberoamericana De Educación E Investigación En Enfermería* 5(1), 8–17.
- Puig M** (2009) Cuidados y calidad de vida en vilafranca del penedès: Los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares. *Tesis departamento de sociología y análisis de las organizaciones*. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/43013>
- Ribeiro B, Oliveira S, Tristão F, Santos-Júnior J and y Farias T** (2017) Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. *Revista Cuidarte* 8(3), 1809–1825.
- Rodríguez-González A, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, Díaz-Sanisidro E, Barbosa-Álvarez Á and y Clavería A** (2017) Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria* 49(3), 156–165.
- Rodríguez-Madrid M, del Río-Lozano M, Fernández-Peña R, Jiménez-Perrett J, García-Mochón L, Lupiáñez-Castillo A and y García-Calvente M** (2018) Gender differences in social support received by informal caregivers: a personal network analysis approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(1), 91.
- Rojas-Sánchez OA, Rueda-Díaz LJ, Vesga-Gualdrón LM and y Orozco-Vargas LC** (2009) Effectiveness of the nursing interventions for the diagnosis "ineffective management of therapeutic regimen". *Enfermería Clínica* 19(6), 299–305.
- Schönfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Zhang X and y Margraf J** (2016) The effects of daily stress on positive and negative mental health: mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 16(1), 1–10.
- Steffen A and y Gant J** (2016) A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 31(2), 195–203.
- Trivedi R, Beaver K, Bouldin E, Eugenio E, Zeliadt S, Nelson K, Rosland A, Szarka J and y Piette J** (2014) Characteristics and well-being of informal caregivers: results from a nationally-representative US survey. *Chronic Illness* 10(3), 167–179.
- Vabo M** (2012) Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & Social Care in the Community* 20(3), 283–291.
- Vicente M, De la Cruz C, Morales R, Martínez C and y Villarreal M** (2014) Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 4(2), 151–160.
- Zarit S, Femia E, Kim K and y Whitlatch C** (2010) The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment. *Aging & Mental Health* 14(2), 220–231.



## 5.2 Artículo 2: Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal)

Referencia	E. Begoña García-Navarro, Miriam Araujo-Hernández, Alina Rigabert, María Jesús Rojas-Ocaña. (2021) Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal). PLOS ONE.
Doi	<a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254870">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254870</a>
Autores	E. Begoña García-Navarro, Miriam Araujo-Hernández, Alina Rigabert, María Jesús Rojas-Ocaña.
Indexada	Science Citation Index Expanded y Social Sciences Citation Index (Web of Science), así como por Scopus, PubMed, MEDLINE, EMBASE, Google Académico, PsychInfo y Scopus
Indicios de calidad	<i>PLOS ONE</i> es una comunidad de revistas inclusivas que trabaja juntas para avanzar en la ciencia en beneficio de la sociedad, ahora y en el futuro. Fundada con el objetivo de acelerar el ritmo del avance científico y demostrar su valor, creemos que toda ciencia rigurosa debe ser publicada y reconocible, ampliamente difundida y de libre acceso para todos. La investigación que publican es multidisciplinaria y, a menudo, interdisciplinaria. <i>PLOS ONE</i> acepta investigación en más de doscientas áreas temáticas a través de ciencia, ingeniería, medicina y ciencias sociales y humanidades relacionadas. Evalúan los manuscritos enviados sobre la base del rigor metodológico y los altos estándares éticos, independientemente de la novedad percibida.



PONE-D-21-06256R1

Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal)

Dear Dr. Araujo Hernández:

I'm pleased to inform you that your manuscript has been deemed suitable for publication in PLOS ONE. Congratulations! Your manuscript is now with our production department.

If your institution or institutions have a press office, please let them know about your upcoming paper now to help maximize its impact. If they'll be preparing press materials, please inform our press team within the next 48 hours. Your manuscript will remain under strict press embargo until 2 pm Eastern Time on the date of publication. For more information please contact [onepress@plos.org](mailto:onepress@plos.org).

If we can help with anything else, please email us at [plosone@plos.org](mailto:plosone@plos.org).

Thank you for submitting your work to PLOS ONE and supporting open access.

Kind regards,  
PLOS ONE Editorial Office Staff

on behalf of  
Dr. Tareq Mukattash  
Academic Editor  
PLOS ONE

---

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/pone/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

### 5.3 Artículo 3: Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study.

Referencia	Rojas-Ocaña, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., Román-Mata, S. S., & García-Navarro, E. B. (2020). Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. <i>Sustainability</i> , 12(19), 8099.
Doi	<a href="https://doi.org/10.3390/su12198099">https://doi.org/10.3390/su12198099</a>
Autores	María Jesús Rojas-Ocaña, Miriam Araujo-Hernández, Rocío Romero-Castillo, Silvia San Román-Mata y E. Begoña García-Navarro.
Indexada	Science Citation Index Expanded, Scopus, Social Sciences Citation Index, DOAJ, Aerospace Database, CAB Abstracts, Civil Engineering Abstracts, Food Science & Technology Abstracts, INSPEC, Metadex, Veterinary Science Database, Communication Abstracts, Geobase
Indicios de calidad	Sustainability (ISSN 2071-1050) es una revista académica internacional e interdisciplinaria de acceso abierto sobre la sostenibilidad ambiental, cultural, económica y social de los seres humanos, que proporciona un foro avanzado para estudios relacionados con la sostenibilidad y el desarrollo sostenible. Publica reseñas, artículos de investigación regulares, comunicaciones y notas breves, y no hay restricciones en la extensión de los artículos. Su objetivo es alentar a los científicos a publicar sus investigaciones experimentales y teóricas relacionadas con las ciencias naturales, las ciencias sociales y las humanidades en tanto detalle como sea posible con el fin de promover predicciones científicas y evaluaciones de impacto del cambio global y el desarrollo. Se deben proporcionar todos los detalles experimentales y metódicos para que los resultados puedan ser reproducidos.



Article

# Nursing as a Sustainability Factor of the Health System during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study

María Jesús Rojas-Ocaña <sup>1</sup>, Miriam Araujo-Hernández <sup>1</sup>, Rocío Romero-Castillo <sup>1</sup>,  
Silvia San Román-Mata <sup>2,\*</sup> and E. Begoña García-Navarro <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nursing Department, University of Huelva, 21071 Huelva, Spain; mariaj.rojas@denf.uhu.es (M.J.R.-O.);  
miriam.araujo@denf.uhu.es (M.A.-H.); rocio.romero@denf.uhu.es (R.R.-C.);  
bego.garcia@denf.uhu.es (E.B.G.-N.)

<sup>2</sup> Nursing Department, University of Granada, 18071 Granada, Spain

\* Correspondence: silviasanroman@ugr.es

Received: 22 July 2020; Accepted: 16 September 2020; Published: 1 October 2020



**Abstract:** Earlier this year, Spain took center stage in the emerging health crisis due to the SARS-CoV-2 pandemic. On 14 March 2020, a state of alarm was declared to manage this health crisis. The contribution of nursing professionals to sustainability of the system during this health crisis has been vital, not only in specialized care but, in a more understated way, in primary care. The objective of the present study was to describe the perceptions and lived experiences of primary care nurses during the COVID-19 health emergency. A qualitative study taking a phenomenological approach was carried out, triangulating data collected through non-participant observations, eight in-depth interviews, and two discussion groups with community nurses and case managers. A total sample of 20 key informants was obtained during the month of May, 2020. The key informants expressed strong positive perceptions of the recognition received from service users and satisfaction when acknowledging that they have been an important source of emotional support. Informants identify the importance of their work in sustaining the system, particularly outlining team cohesion and communication, whilst also evaluating the empowering position in which service users and society itself has put them.

**Keywords:** nursing identity; Covid-19; health system; sustainability; pandemic

## 1. Introduction

The current Spanish public health system has its roots in the middle of the last century and is inspired by European continental models of social security, however, unlike these models, it employs an extensive network of internally governed centers and organizations of an ambulatory and hospital nature [1]. Spanish Law regarding general health services (1986) established a national health system made up of 17 regional health services. The Spanish health system is mainly financed by taxes and offers free universal health coverage, including primary, specialized, and hospital care [2]. This health system has endured different economic crises. These have revealed its ability to sustain an indispensable and safe collective network, greatly helping to cushion the effects of poverty in Spain [3].

Earlier this year, Spain took center stage in the emerging health crisis due to the SARS-CoV-2 pandemic. On 14 March 2020, a state of alarm was declared to manage this health crisis. At this point, the World Health Organization had already updated the state of public health emergency to an international pandemic [4]. Latest figures place Belgium, the United Kingdom, and Spain as the countries with the most coronavirus deaths after accounting for number of inhabitants. Of these,

Spain is the third hardest hit country by this pandemic. Isolation has been recognized as the most effective form of early intervention to prevent the spread of the virus, despite the possibility of bringing about a possible subsequent economic crisis that will have serious consequences [5]. Retail stores were closed to the public with the exception of food establishments and those selling basic necessities. Hotel and restaurant services were also suspended, as were popular events and festivals [4]. Countries debate between prioritizing the health of the population and keeping the economic wheels in motion. Another consideration is maintaining the sustainability of the health system so that it is able to respond to possible pandemic outbreaks and plan effective targeted actions.

The contribution of nursing professionals throughout this pandemic has been vital for combatting the virus, not only in specialized care but, in a more understated way, in primary care [6]. Health centers have been completely converted, overnight, into community spaces which are geographically and strategically well located to conduct screening and target cases. This has meant a total change from the traditional healthcare method towards a remote model. Greenhalgh, Koh, and Car [7] describe how the majority of COVID-19 cases can be approached remotely, not only by phone, but also through video consultation. This provides better visual cues which add to the assessment of clinical situation and health status. Nursing professionals are highly competent when it comes to communication and dialogue [8]. The profession itself favors health promotion and prevention, alongside individual and community development. Thus, the situation faced by the Spanish system could be potentially apocalyptic, whilst the identity of nurses could be crucial in holding back the tide of future pandemics, representing a critical sustainability factor of the health system.

The International Council of Nursing and the World Health Organization has also raised the identity of nurses as a priority within the system. To this end, the international Nursing Now campaign established 2020 as the international year of nursing [9]. This initiative aims to coordinate the implementation of activities worldwide, changing the vision, influence, and leadership of nursing in 2020. Main objectives set out by the campaign include emphasizing professional development, participation of nurses in global health policies, and incorporating nurses as figureheads in leadership positions. An example of the latter was seen during the pandemic, with a professional nurse being integrated into the technical advisory cabinet of the government.

As a consequence of this pandemic, the image of nursing professionals has been revitalized in a way never seen before [10]. The promotion, acknowledgement, and recognition of the work of nursing professionals on social media has been and continues to be highly relevant. This is novel, but it is largely unknown how the protagonists themselves perceive these actions, whether the group takes notice of this recognition, and whether the identity of nursing has truly been modified.

In the current literature, few studies report the experiences of professionals who have lived this situation on the front line and the meaning attributed to them [11]. This is probably due to the fact that this remains a relatively new phenomenon. Professional identity is identified as "awareness of the role and functions that one performs or is expected to perform in a social context, as a member of a particular profession" [12].

The above encapsulates the importance of the results that will be reported in the present article. This work is important for exploring the professional identity of nurses during the pandemic, as well as the influence of the experiences lived whilst exercising their daily duties. This will be achieved by describing the professional identity of nurses and community care nurses faced with the COVID-19 health crisis regarding self-concept, recognition, and satisfaction. It will identify the needs, difficulties, and challenges posed by the health crisis and serve to align the objectives of managers and health professionals to generate a more sustainable system [7,13,14].

Objectives:

Explore the professional identity of nurses faced with a health crisis.

- Study the non-conceptualized lived experiences of nursing professionals and the meaning attributed to these experiences.

- Identify the perceptions of nursing professionals regarding the degree of recognition received from service users in the community setting.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Study Design

A qualitative design and phenomenological approach was followed through content analysis as described by Taylor and Bodgan [15].

### 2.2. Setting and Participants

The present study aimed to understand the meaning of the experiences lived during the pandemic and how these affect professional identity. Analysis is conducted of utterances of community and liaison nurses from 7 primary care health centers of Huelva, Andalusia. The competencies of both nurses are defined in Spain as follows: A community nurse (hereafter EC) is responsible for addressing the health problems of the family, takes responsibility for the care plan, and must provide the necessary resources and services available in the health center. On the other hand, a nurse case manager (hereafter EGC) is responsible for the management of cases, and for ensuring an integrated and continuous intervention between the professionals, sectors, and levels of care involved through the coordination and optimal use of social resources (Figure 1).

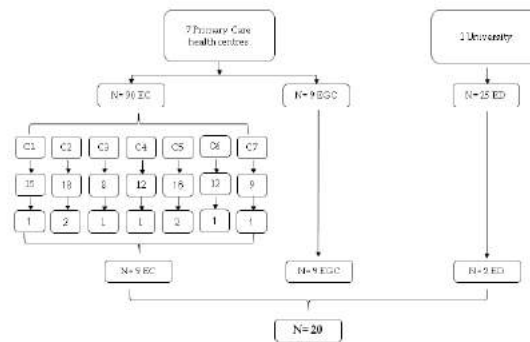


Figure 1. Participant flow diagram.

Intentional sampling was carried out in May this year to achieve this objective. The sample size was progressively determined during the course of the investigation until information saturation was reached. Inclusion criteria considered only professionals (EC and EGC) with a minimum of 2 years professional experience in the primary care environment. Further, to be included, nurses had to have been active during the pandemic period and provide verbal and written consent to participate voluntarily in the research. Sociodemographic and professional variables were taken into account for each participant.

In order to recruit key informants, an EGC linked to our university served as a liaison with potential candidates. We aimed to select individuals with experience in the object of study. In turn, because of the increased difficulty of access to potential participants arising from the state of alarm, we resorted to the "snowball" technique. In this sense, participants were reached through a network of personal relationships with the interviewees. Participants were contacted by telephone and, after verifying that they met the selection criteria and agreed to participate voluntarily as informants, were summoned for an interview, with this main question: What is your opinion regarding the professional identity of nurses and their role with users and family members in the home environment? In order to obtain

sufficient variability and provide greater depth to the discourse analysis, a number of structural variables were taken into account for the choice of participants. Specifically, professionals were of different ages, with different years of professional experience and belonged to primary care centers in different geographical areas. The sample consisted of 9 EGC nurses, 9 EC nurses, and 2 nurse teachers (ED), distributed between interviews and discussion groups.

Study period: Fieldwork was carried out between 1 and 20 May 2020.

### 2.3. Data Collection

Given the exceptional status affecting in-person meetings during the completion of fieldwork making it impossible for researchers and participants to meet, interviews were conducted through a remote audio and video service. Researchers and participants connecting via the Zoom program, with this being recorded in full from the moment the interviewee gave their consent for this to occur. Two team members participated in the interviews with the aim of minimizing bias resulting from not having physical contact between actors. This was to mitigate the potential loss of nonverbal expressions, which may be meaningful in analysis.

One investigator proceeded to conduct the interview while the other took over the technical aspects and took fieldnotes. 8 individual interviews were conducted (4 EGC and 4EC). Further, two discussion groups took place with 6 informants in each. Discussion groups introduced the nurse teacher expert on identity and social representations. None of the researchers involved in data collection maintained industrial relations with participants.

Research team members moderated discussion groups and the development of the interviews, which were based on a number of guiding questions (Annex 1 in Supplementary Materials). The aim of these questions was to uncover relevant topics, as described in the model of Taylor and Bodgan [15]. This model proposes an approach based on three moments (discovery, coding, and relativization) which contain up to about twenty actions that seek “the development of an in-depth understanding of the scenarios or people being studied”. The interviews lasted approximately 30 min. This analysis allowed us to investigate those aspects most relevant to the elaboration of the script used for focus groups (Annex 1 in Supplementary Materials). A nurse with a teacher profile and researcher in social representations had a fundamental role in the development of focus groups, which lasted between 45 and 60 min.

To achieve the greatest possible objectivity, biases were reduced through the use of open and non-leading questions. Likewise, to avoid subjectivity, each researcher compared their observations with those of the rest of the research team in order to contrast and debate interpretations. Finally, the most appropriate methods for the proposed study were chosen and adapted.

### 2.4. Data Analysis

At this stage, a deductive coding process was followed based on information obtained and classified into dimensions, categories, and subcategories. In turn, participants were attributed with an alphanumeric code that served to record data and develop categories and subcategories. Codes were understood as the minimum units of analysis, and were composed of several lines or phrases representing a central idea drawn from the interviews. For the discourse analysis, a preliminary manual categorization was carried out and coded using the Atlas.ti computer program. 8.0 (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany). Data triangulation was carried out, using various techniques (non-participant observation, interviews, and discussion groups) in order to grant greater validity and reliability to the obtained data.

During data collection, informed consent was received from informants, and confidentiality and anonymity were maintained throughout. Prior to study start, participants were informed about the study objectives, and the bioethical principles of the Helsinki declaration were respected [16]. Likewise, data obtained from the various discourses comply with current regulations regarding the protection of personal data [17]. The code of ethical approval is IdentEnf-Dibujocovid19 from CEI of Huelva.

### 3. Results

The study population was made up of a total of 20 key informants, 9 case management nurses (EGC), 9 community nurses (EC), and 2 teaching nurses (ED), with a mean age of 48.2 years ( $SD = 5.86$ ) and mean professional experience in primary health care of 14.17 years ( $SD = 8.97$ ). The sociodemographic and professional characteristics of the population are summarized in Table 1.

Categories drawn from discourse analysis

During the non-participant observation, interviews, and discussion groups, different categories underlying the professional identity of nurses emerged. Such themes arise following reflection on the way in which the study population thinks, talks about, and intervenes on a day-to-day basis in relation to the well-being and health of individuals and groups. Three categories were used for this analysis:

- Self-concept: Understood as the concept of oneself as a nursing professional.
- Recognition: Understood as positive declarations of service users regarding the work performed by nurses.
- Satisfaction or dissatisfaction with work at home.

The analysis of the discourses provided subcategories, which allowed us to give meaning to our analysis. The following table lists the techniques used and the categories and subcategories underlying these techniques (Table 2). Later, Tables 3–5 shows emerging results relating to the self-concept category, to the recognition category and satisfaction category respectively.

Table 1. Sociodemographic characteristics of participants.

Participant	Work Area	Age	Work Experience (Years)	Sex	Communication Training	Training in Clinical Interviews	Participation
Participant 1	Community nurses 1	46	6	Female	No	Basic	Interview
Participant 2	Community nurses 2	45	18	Male	No	No	Interview
Participant 3	Community nurses 3	37	3	Male	Basic	Basic	Interview
Participant 4	Community nurses 4	56	2	Female	No	Basic	Interview
Participant 5	Community nurses 5	50	7	Female	No	No	Focus group 1
Participant 6	Community nurses 6	42	4	Female	Basic	No	Focus group 1
Participant 7	Community nurses 7	48	2	Female	No	No	Focus group 1
Participant 8	Community nurses 8	46	16	Female	No	No	Focus group 2
Participant 9	Community nurses 9	45	9	Female	Basic	Basic	Focus group 2
Participant 10	Case managers 1	51	17	Female	Advanced	Advanced	Interview
Participant 11	Case managers 2	52	24	Female	Basic	Advanced	Interview
Participant 12	Case managers 3	55	27	Female	Basic	Basic	Interview
Participant 13	Case managers 4	45	11	Male	No	Basic	Interview
Participant 14	Case managers 5	56	25	Female	Basic	Basic	Focus group 1
Participant 15	Case managers 6	51	24	Female	Basic	Basic	Focus group 1
Participant 16	Case managers 7	49	27	Female	Basic	Basic	Focus group 2
Participant 17	Case managers 8	47	16	Male	Advanced	Basic	Focus group 2
Participant 18	Case managers 9	49	17	Female	Basic	Basic	Focus group 2
Participant 19	Nurse teaching 1	36	7	Female	Advanced	Advanced	Focus group 1
Participant 20	Nurse teaching 1	58	4	Male	Advanced	Basic	Focus group 2

**Table 2.** Categories and subcategories to emerge from the study according different techniques.

Dimension	Categories	Subcategories	Non-Participant Observation	Interviews	Discussion Groups
Professional identity	Self-concept	Nurses as a resource, guide, and source of emotional support	*	*	*
		Professional independence	*	*	
		Professional self-esteem	*	*	
	Recognition	Contribution to learning	*	*	
		Coordination with professionals	*		*
		Patient-family emotional support and back-stop	*	*	*
	Satisfaction	Comfort	*		*
		Emotional relief	*		*
		Humane	*	*	*
		Team communication	*		*

\* Categories and subcategories to emerge from the study.

**Table 3.** Emerging results relating to the self-concept category.

Subcategory	Nurse Case Manager	Community Nurse
Nurses as a resource, guide, and emotional support	“Educational interventions are a bit longer. Well, more formal to say the least. As for whether we look at whether they are important or not, I already believe that they are, in terms of that patient education is in a crisis situation like the one we have experienced, where everything has been fear and uncertainty. As for dealing with the patient, understanding, fundamentally caring, to solve unforeseen situations that may happen, to manage somewhat independently the environment at a given moment, they can also serve as self-help, to express themselves, to work“(GC1, segment 9–9).	“Furthermore, I believe that we have been born to help them, both the liaison nurse and the home nurse, were born so that they continue taking care of themselves, because there is no institution possible right now, right now, that can maintain the volume of population consultations, from there we start” (EC3, segment 91–91).
	“Nurses do more than we think” (GC1, segment 24–24).	“I think that the fact that a patient has a professional intervention to guide them, the fact that they know that they have a professional, a nurse, who is going to be there, what we have said before, they must interact with something whilst the care process lasts as long as it lasts. Who is accompanying you in that process? Who can consult the new symptoms every day to help you make whatever decision, to support you? I think that makes you see that if you don’t do this they are alone. And I think it makes them say: I am going to try to do better, because at the same time, you want it, we are training them, we are informing them” (EC1, segment 92–92).

Table 3. Cont.

Subcategory	Nurse Case Manager	Community Nurse
Professional independence	"I think that with this crisis situation, nurses have become empowered at a social, institutional and institutional level" GC1 (segment 31–31).	<p>"Most of the things I decide and also my doctor gives me that space" (EC2, segment 58–58).</p> <p>"Patients know that we solve problems for them, they know about our individual competences, they know what issues the nursing staff have, now it is not like before when if they did not bring you a P10 from the doctor, we did nothing, so the truth is that much has changed, a lot. Primary care has changed a lot and during this crisis we have been even more autonomous, where possible" (EC3, segment 58–58).</p>
Professional self-esteem		<p>"The truth is that in living this situation, I have realized the importance of our work with the patient and the family" (EC4, segment 23–23).</p> <p>"Sometimes we are so involved in the daily dynamics of cures, visits, consultations, papers, that we are not aware that we are the cornerstone of our centers and the health system. We are the group of professionals who have been in the most contact with those affected by COVID, both in our community environment and in the case of our colleagues in hospitals, and all the words of the patients and relatives have been warm and grateful. I am very happy with the work performed" (EC6, segment 13–13).</p>

Recognition. Informants were asked in the interviews whether nursing work is recognized by service users independent of whether this work is recognized by the system itself. Outcomes were again seen to be highly positive. According to participating nurses, almost all service users recognize their work and display high levels of gratitude. The role played by service users' opinions, perceptions, and judgments made in relation to the service they received are key when it comes to defining quality making evaluation of this aspect essential for providing adequate healthcare.

Table 4. Emerging results relating to the recognition category.

Contribution to learning		"If you ask people you have been caring for, even when rushed or directing towards those with learning needs, I am convinced that a nurse will be mentioned to you. You ask my mother and she give you names of two or three nurses who have taught, guided and accompanied her in this confinement." (EC5 2, segment 116–116).
Coordination with professionals	"At the moment that a patient with signs of COVID who lives alone is detected, they are put into contact with the social worker to activate the necessary resources and health assets that are in the area and that are relevant at that moment" GC6 (sec 52–52).	"Because before you were waiting for rehabilitation appointments for two months, they are no longer moving, the rehabilitator, why am I going to give you a walker, you stay in bed, you ulcerate and you die, so that is also not helping too much, I don't know what the intervention would be called" (EC6, segment 35–35).

Table 4. Cont.

	<p>“Interdisciplinary work and socio-sanitary coordination are of vital importance for solving different patient and family problems more quickly and effectively than a nurse alone would be able to do. That is what has saved us to get out of this crisis” GC5, (sec 31-31).</p>	
Contribution to learning		<p>“If you ask people you have been caring for, even when rushed or directing towards those with learning needs, I am convinced that a nurse will be mentioned to you. You ask my mother and she give you names of two or three nurses who have taught, guided and accompanied her in this confinement.” (EC5 2, segment 116-116).</p>
Emotional support and patient-family security	<p>“We contribute, I believe to well-being. Because they also allow us to do so, before they had to make an appointment with the nurse but this situation has allowed us and enabled us to be in permanent telephone contact or even by video calls with the patient and their family, they are constantly calling me” (GC7, segment 93-93).</p>	<p>“They told us that they were “hooked” to our weekly calls, that after this intervention they felt better and that knowing that we were there, at the other end of the phone, conveyed security” (EC10 1, segment 35-35).</p> <p>“They have thanked me many times for listening to them” (EC9, segment 80-80).</p>
<p>Satisfaction. This category seeks to express nurse satisfaction or lack of satisfaction in their work with patients being treated at home. In all the retrieved segments of this category, the well-being that nurses feel whilst carrying out their work is shown with feelings of satisfaction particularly emerging in response to improvements in patients’ conditions. This category is summarized by nurse perceptions of finding comfort through their work (Table 5).</p>		

Table 5. Emerging results relating to the satisfaction category.

Comforting		<p>“Just because of hearing that, after your words of encouragement, that nothing will happen, that just by being calm at home taking your medication and without being in contact with anyone, this situation will happen and we will return to normal, they say they trust us. The sensation you feel is from a job well done and I am comforted to know that” (EC8 2, segment 61-61).</p>
Emotional relief	<p>“They have a number to call, apart from that the fact that they get a response from the health service and everything, but they have the nurse a physical person who knows them and who knows that they are not only going to post a message, but perhaps it is to tell you: I’m fed up! Give three screams and hang up. I tell them that if they feel like screaming I do to, if you need to let it out, call me and I will answer and they shout at me and great and tomorrow if you need it again too”(GC6, segment 93-93).</p>	

Table 5. Cont.

Comforting	"Just because of hearing that, after your words of encouragement, that nothing will happen, that just by being calm at home taking your medication and without being in contact with anyone, this situation will happen and we will return to normal, they say they trust us. The sensation you feel is from a job well done and I am comforted to know that" (EC8 2, segment 61-61).
Humanely	"They have a number to call, apart from that the fact that they get a response from the health service and everything, but they have the nurse a physical person who knows them and who knows that they are not only going to post a message, but perhaps it is to tell you: I'm fed up! Give three screams and hang up. I tell them that if they feel like screaming I do to, if you need to let it out, call me and I will answer and they shout at me and great and tomorrow if you need it again too"(GC6, segment 93-93).
Team communication	<p>"This health crisis, it has led us to reinvent ourselves, given us the chance to grow personally and professionally despite all of the hard work and the pain"GC7(seg 51-51)</p> <p>"Every time we had to attend a patient in person with suspicious symptoms, the following days everything was fear until the results came. Fear for yourself and especially for those around you, for our families" EC6 (sec 26-26).</p> <p>"It was all chaos, we did not know what regulations to attend to, constant changes, nervousness, not knowing if you were doing things right. But over time and seeing that all of our colleagues were the same, we have learned to support each other." EC7 (sec 14-14)</p>

Self-concept. All fragments emanating from this category were seen to have positive connotation in that nurses, despite their excessive work load, number of patients to attend, paperwork to complete, etc., know their patients and perceive duties are performed appropriately, with this serving largely as a support factor (Tables 3 and 4).

#### 4. Discussion

The results obtained from the examined population present a profile that reflects positive developments in self-concept, professional independence, and self-esteem during the health crisis which were not seen prior to the pandemic. These results hint at the need to delve deeper into this line of enquiry for the improvement of professionals and, resultantly, therefore of the health system. In the same sense, several studies [18–21] have shown that the relationship between professional self-concept and the performance of workers generates job satisfaction and autonomy. A study conducted by Souza in 2013 [21] described that 99.9% of participants from their sample who performed their duties well or excellently also reported having autonomy in task completion. Further, 72.2% reported feeling professionally accomplished and competent, feelings which were largely shared by the sample used in the present study. This same study [21,22] identified that professionals' images of themselves contribute to the role of teams and that this perception could be directly related to motivation and satisfaction with coworkers. However, other studies reviewed show the opposite effect [22,23], with job

dissatisfaction being associated with unfavorable organizational and structural conditions, impeding role performance and professional preparation itself.

Authors such as Sabanciogullari and Dogan [24] incorporated the category of self-concept into their examination of the role of nursing and the way in which this is affected by working conditions, individual characteristics, and experience in a clinical setting. This coincides with results from the present study, finding that during the initial period of the pandemic, self-concept was not perceived to be positive, however, this concept improved as communication between peers improved and fears were able to be shared. This action translates into team cohesion, improved communication, greater visibility, and professional empowerment, as expressed by service users and society. In accordance with these results, conclusions are found in relevant literature [25,26] linking the organizational climate to motivation in workers. In this sense, it is important to make workers feel that they are a fundamental cog in the sustainability of the institution. Commitment to this may be increased through financial incentives and individual recognition, making nurses feel supported by the organization and motivated. In this way, nurses will be more responsible and able to exhibit all of their creativity to achieve the goals and objectives laid out by the system. However, given the current situation and the speed with which the pandemic developed, we suspect that the health system did not have an appropriate margin of response to be able to motivate and incentivize its professionals. Along these same lines, it is important to highlight that interprofessional coordination reflects group cohesion. This, in turn, shows that team members have shared goals and mutual respect through the use of well-timed, accurate, frequent, and resolution-focused communication [27,28]. In short, implementation of case management methodology can reduce the number of hospitalizations and readmissions, contribute to delaying entry into residences, improve patient satisfaction with the system, and reduce the burden placed on non-professional caregivers [29,30].

Further, in 2012, Losa and Becerro de Bengoa [31] demonstrated that professional experience leads to an increase in self-esteem, in addition to a reduction in feelings of stress, anxiety, and exhaustion. This conclusion also agrees with present results.

When referring to the concept of learning, the nurses interviewed reported that they felt like an essential part of this process during the pandemic by resolving doubts, avoiding conspiracy theories, and correcting erroneous information. This same idea was proposed in a study conducted by Mian and Khan, 2020 [32]. These authors stated that nurses redirected confusing information disseminated by unverified sources, whilst also providing basic information regarding virus reduction, transmission, and exposure. In turn, these authors highlighted the fundamental role of primary care professionals in managing, educating, and addressing user concerns. Primary care presents a key setting for the transmission of evidence-based information on virus prevention and health promotion. Along the same lines, another study [33] referred to the nurse as a figurehead in the current pandemic. Extolling this as an integral part of group working, the promotion of self-care for quality of life and protection against this new coronavirus, participation and social control, comprehensiveness of individual and collective health actions and, finally, inclusion in education.

Regarding the emotional support received by patients and families during this health crisis, present results were decisive. This is strongly linked to perceptions of self-esteem. Service users themselves also showed greater security and confidence in the nurses themselves and, therefore, in the health system. In this sense, Losa Iglesias et al. reported in their 2017 study [34] that nurses with higher self-esteem demonstrated better performance and more effective patient communication in challenging situations. This also emerged in the present study, with value being attributed to the consideration of this group as a key factor in the emotional support of the patient, holding back the tide from the system during the period of confinement. A study carried out in Bogotá [35] indicates that the magnitude of the number of people affected by this pandemic, combined with their high workload, particularly exposes nurses to work-related risks when performing tasks in the different services. Nursing care requires close contact with sick people. This carries biological risks and the likelihood of becoming infected. However, it also carries a high emotional burden due to the participation of these professional

in complex care settings at critical times for patients and families. In turn, this situation demonstrates the commitment of professionals and the profession itself to protecting human life.

Studies such as that conducted by Keshmiri et al. [36] corroborate these findings. These authors state that the professionalism of nursing has led to patient interests being prioritized above those of the care provider. In addition to this, this group stands out for its autonomy in relation to decision-making during the COVID-19 period, highlighting this ability as an essential aspect for nurses in clinical practice [36].

According to nurses, the advantages of socio-health coordination determine numerous patient benefits, enabling them to better manage their symptoms and family needs in extreme situations such as the present one. In agreement with other studies [37], this may be due to greater access to resources. Nurses state that their profession is highly important to socio-health care due to the direct and close contact they have with patients [38], and express that community nurses play an important role in patient care, especially in-home care. Further, authors such as [39] clarify that nurses are considered to be hugely important for socio-health coordination. A reason for this is that they are the link between resources and needs of the system, coordinating healthcare resources. This was reflected in the present study through the perceptions given by informants. In the study conducted by [40], this was reflected following administration of an intervention which uncovered a decrease in the use of social and health resources targeting nursing performance. This outcome was particularly notable in the case of case managers. Some authors [7,41,42] have identified approaches with regards to patient contact which may be more appropriate in current times expose formulas more appropriate to the new times for contact with patients, given that social distancing is distance necessary to avoid infection and contagions. Greenhalgh, Koh, and Car [42] outline how most COVID-19 cases can be addressed from a distance, not only by phone, but also through video consultation. The latter of these, which provides better visual cues for assessing the clinical situation and health status.

Limitations and future research directions:

- With regards to study limitations, it should be highlighted that the study was limited exclusively to the province of Huelva. Further, whilst inclusion of an interdisciplinary team was a strong point, key informants were all nurses. It would, therefore, have been more enlightening to have examined the perceptions of other health professionals, and even service users and family, on nursing work and the role of these groups in holding back the tide during the pandemic as a sustainability factor in the health system.

The present work lays the foundations for further research to consider the following aspects:

- Perceptions of all health professionals to have intervened in the COVID-19 health crisis;
- Opinions and experiences of patients and families; and
- Data from qualitative work in the other Andalusian provinces not examined here.

## 5. Conclusions

The population studied regarding self-concept, know their patients and perceive that the performance of their functions is carried out appropriately. For patients and caregivers, this collective represents a resource and source of support and accompaniment. Those working in this discipline perceived increased social assessment of their work during the pandemic. In turn, they have played a key role in social-health care. They have acting as a link between various health professionals, and they generally recognize the role of the profession in the COVID-19 health crisis.

Affective outcomes were particularly favorable with participants presenting a high degree of satisfaction in the performance of their functions during the pandemic. Human treatment, the assessment of social problems, and responding to the emotional problems of patients and families provided the main axis of the role of the nurse in home care during the health crisis. Another perceived improvement was peer communication, with this growing in the face of this adverse situation.

Interviewees also manifested through their lived experiences that this action translated into greater team cohesion, improved communication, greater visibility, and professional empowerment.

It would be interesting to build on the momentum that this crisis has given to the nursing profession and employ socio-health coordination strategies to link all professionals involved in the home. This would enable objectives set out in the health strategy to be reached and, in this way, improve the sustainability of our health system.

**Supplementary Materials:** The following are available online at <http://www.mdpi.com/2071-1050/12/19/8099/s1>.

**Author Contributions:** Conceptualization, M.J.R.-O., and E.B.G.-N.; formal analysis, M.J.R.-O., and M.A.-H.; E.B.G.-N. and M.J.R.-O. Research and analysis R.R.-C., M.A.-H., and S.S.R.-M. Writing and preparation of the first draft, M.J.R.-O. and E.B.G.-N. Drafting, M.J.R.-O. and E.B.G.-N. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript, methodology.

**Funding:** This research received no external funding.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

## References

- Martín, J.; González, M. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciència Saúde Coletiva* **2011**, *16*, 2773–2782. [CrossRef]
- Pasarin, M.; Berra, S.; González, A.; Segura, A.; Tebé, C.; García-Altés, A. Evaluación de la atención primaria: Las “Herramientas de evaluación de la atención primaria—Versión de instalación” para el sistema de salud español. *Gaceta Sanit.* **2013**, *27*, 12–18. [CrossRef]
- Rivera, F.; Santolalla, I.; Jodra, B.; Sufrate, T. Estudio comparativo de casos sobre el papel del modelo europeo de excelencia en la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias. *Arch. Nurs. Res.* **2020**, *3*, 71. [CrossRef]
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020 de 14 de Marzo, por el que se Declara el Estado de Alarma Para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria Ocasionada por el COVID-19. BOE-A-2020-3692; Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: Madrid, Spain, 2020. Available online: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463> (accessed on 26 June 2020).
- Barbagelata, A.; Perna, E.; Piskorz, D.; Lorenzatti, A. Prevención del colapso del Sistema de salud en pacientes cardiovasculares con COVID-19: El rol del cardiólogo en la reducción de la sobrecarga de las unidades de cuidados intensivos con el advenimiento del frío en América del Sur. Reporte de la Federación Argentina de Cardiología. *Rev. Fed. Argic. Cardiol.* **2020**, *49*, 4–12.
- García, V.A.; Picazo, J.; Ballesteros, M.; Pérez, L.; Moro, I.; Martínez, M.; Téllez, J.M. Para qué llaman los pacientes? Evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* **2020**, *13*, 7–14.
- Brito, P. En los límites de lo cotidiano: A propósito del covid-19 en atención primaria. *Revista Ene de Enfermería* **2020**, *14*, 1–3.
- Jiménez-Rodríguez, D.; Santillán, A.; Montoro, J.; Rodríguez, M.M.; Muñoz, F.J.; Arrogante, O. Incremento de Consultas por Video Durante el COVID-19 Pandemia: Percepciones de los Profesionales de la Salud Sobre su Implementación y Adecuación. *Administración. Int. J. Environ. Res. Salud Pública* **2020**, *17*, 5112. Available online: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5112> (accessed on 27 June 2020).
- Stilwell, B.; Munashe, N. Nursing now. In *Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective*; Springer: Cham, Switzerland, 2020. [CrossRef]
- Cacha, A. Enfermería, el reconocimiento de una profesión a través de la práctica. *Conoc. Enferm.* **2020**, *3*, 2.
- Raurell-Torredà, M.; Martínez-Estalella, G.; Frade-Mera, M.; Carrasco, L.; Romero, E. Reflections arising from the COVID-19 pandemic. *Enfermería Intensiva (English Ed.)* **2020**, *31*, 90–93. [CrossRef]
- Dadich, A.; Doloswala, N. What can organisational theory offer knowledge translation in healthcare? A thematic and lexical analysis. *BMC Health Serv. Res.* **2018**, *18*, 351. [CrossRef]
- Cía, N.M.; Pérez, M.P.; Heras-Mosteiro, J.; Ávila, G.G.; Díaz-Olalla, J.M.; Aguilar, J.L. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESEPAS 2018. *Gac. Sanit.* **2018**, *32*, 17–21. [CrossRef]
- Rivera, F.; Santolalla, I.; Ibañez, D.; Jodra, B. Metodología para el análisis de la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias. *Índex de Enfermería* **2018**, *27*, 225–229.

15. Taylor, S.J.; Bogdan, R. *Introducción a Los Métodos Cualitativos de la Investigación*; Paidós: Barcelona, Spain, 1990.
16. Mundial, A.M. Declaración de Helsinki de la AMM. In *Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*; World Medical Association, Inc.: Geneva, Switzerland, 2019.
17. Orgánica, L. de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado* **2018**, *294*, 119788.
18. Kangasniemi, M.; Pakkanen, P.; Korhonen, A. Professional ethics in nursing: An integrative review. *J. Adv. Nurs.* **2015**, *71*, 1744–1757. [[CrossRef](#)]
19. Puggina, A.C.; Cavalheiro, A.C.; Trentino, J.P.; Castro, P.; Silva, M.J. Relação entre necessidade de adomos com satisfação com imagem corporal e autoconceito profissional da equipe de enfermagem. *Rev. Anna Nery* **2015**, *19*, 563–570. [[CrossRef](#)]
20. Souza, M.E.; Amaro, B.; Silva, R.R. Relação entre autoconceito profissional e desempenho da equipe de enfermagem. In *Centro Universitário de Volta Redonda 2013*, 25. [[CrossRef](#)]
21. Piña, C.N.; López, M.M.; Delgado, I.C. Caracterización del Clima Organizacional del Policlínico Universitario “Ceclio Ruiz de Zarate” de la Provincia de Cienfuegos. *Rev. Electrón. de Pedag.* **2011**, *3*, 30–37.
22. Vera, M.; Samudio, M. Clima organizacional de enfermería en los hospitales regionales del Instituto de Previsión Social. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* **2013**, *11*, 41–54.
23. Pérez, A. La gestión universitaria y el clima organizacional. *Rev. Cubana Educ. Médica Super.* **2011**, *25*, 164–177.
24. Sabanciogullari, S.; Dogan, S. Professional self-concept in nurses and related factors: A sample from Turkey. *Int. J. Caring Sci.* **2017**, *10*, 1676.
25. Juárez, S. Clima organizacional y satisfacción laboral. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro* **2012**, *50*, 307–314.
26. Segredo, A.M. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Rev. Cubana Salud Pública* **2013**, *39*, 385–393.
27. Valenziano, K.B.; Glod, S.A.; Jia, S.; Belser, A.; Brazell, B.; Dellasega, C.; Dillon, P.W. An Interprofessional Curriculum to Advance Relational Coordination and Professionalism in Early-Career Practitioners. *J. Teach. Learn. Resour.* **2018**, *14*, 10697. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Segredo, A.M.; Reyes, D. Clima organizacional en salud pública. Consideraciones generales. *Rev. Correo Científico Médico de Holguín* **2004**, *8*, 3.
29. Hammar, T.; Rissanen, P.; Perälä, M.L. The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care clients. *Health Policy* **2009**, *92*, 10–20. [[CrossRef](#)]
30. Carretero, S.; Garcés, J.; Ródenas, F. Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **2007**, *22*, 738–749. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
31. Losa, M.E.; Becerro de Bengoa, R. Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample. *Contemp. Nurse* **2012**, *42*, 2–10. [[CrossRef](#)]
32. Mian, A.; Khan, S. Coronavirus: The spread of misinformation. *BMC Med.* **2020**, *18*, 89. [[CrossRef](#)]
33. Costa, R.; Motta, M.; Jatobá, A.I.; Lorenzini, E.; Manfrini, G.C.; Cavalcanti, L. Enseñanza de enfermería en tiempos de covid-19: Cómo reinventarla en este contexto? *Texto Contexto Enfermagem* **2020**, *29*. [[CrossRef](#)]
34. Losa-Iglesias, M.E.; López, D.; Rodríguez, R.; Becerro, R. Relationships between social skills and self-esteem in nurses: A questionnaire study. *Contemp. Nurse* **2017**, *53*, 681–690. [[CrossRef](#)]
35. Fuentes-Bermúdez, G.P. Enfermería y COVID-19: Reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería* **2019**, *19*. [[CrossRef](#)]
36. Keshmiri, F.; Farahmand, S.; Bahramnezhad, F.; Nedaei, H.H. Exploring the challenges of professional identity formation in clinical education environment: A qualitative study. *J. Adv. Med. Educ. Prof.* **2020**, *8*, 42–49. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Farcic, N.I.; Barac, I.; Lovric, R.; Pacaric, S.; Gvozdanovic, Z.; Ilakovac, V. The influence of self-concept on clinical decision making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 3059. [[CrossRef](#)]
38. Jiménez, S.; Vilaplana, C. La interacción del sistema social y sanitario. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* **2012**, *26*, 124–133. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Corrales, D.; Palomo, L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica* **2014**, *24*, 51–58. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

40. Carretero, L.; Gomes, N.; Borrás, A.; Rodríguez, A.; Seara, C. Integración clínica en el paciente crónico. *Enfermería Clínica* **2014**, *24*, 35–43. [CrossRef]
41. Garcés, J.; Ródenas, F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Atención Primaria* **2015**, *47*, 482–489. [CrossRef]
42. Greenhalgh, T.; Koh, G.C.H.; Car, J. Covid-19: A remote assessment in primary care. *BMJ* **2020**, *368*, m1182. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32213507> (accessed on 28 June 2020). [CrossRef]



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



**5.4 Artículo 4: Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa.**

Referencia	Hernández, M. A., Navarro, S. G., & García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa. <i>Enfermería Clínica, 31</i> , S112-S116.
Doi	<a href="https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011">https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011</a>
Autores	Miriam Araujo-Hernández, Sonia García-Navarro y E. Begoña García-Navarro.
Indexada	National Library of Medicine/Pubmed/Medline, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), Emerging Sources Citation Index (ESCI) (Clarivate Analytics) CINHALL, Elsevier Bibliographic Databases, EBSCO Publishing, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, CSIC/IME, IBECS, Latindex, CUIDEN, Dialnet, Google Scholar Metrics.
Indicios de calidad	Enfermería Clínica es una revista científica con revisión por pares que constituye un instrumento útil y necesario para las enfermeras en todos los ámbitos (asistencia, gestión, docencia e investigación), así como para el resto de profesionales de la salud implicados en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad. Es la única revista española de enfermería que publica prioritariamente investigación original. Sus objetivos son promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica. Estos objetivos se corresponden con las diferentes secciones que integran las revistas: Artículos Originales y Originales breves, Revisiones, Cuidados y Cartas al director. Así mismo, cuenta con la sección Enfermería Basada en la Evidencia, que incluye dos tipologías de artículos: comentarios de artículos originales de especial interés realizados por expertos, y artículos de síntesis de evidencia basadas en revisiones bibliográficas.





ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. REVISIÓN

## Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa

Miriam Araujo Hernández<sup>a,b</sup>, Sonia García Navarro<sup>a,b,c,\*</sup> y E. Begoña García-Navarro<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España

<sup>b</sup> Grupo de Investigación Afrontamiento al final de la vida (AFLV), Huelva, España

<sup>c</sup> Unidad de Gestión Clínica Los Rosales, Distrito Huelva-Costa-Condado-Campiña, Huelva, España

Recibido el 4 de mayo de 2020; aceptado el 11 de mayo de 2020

### PALABRAS CLAVE

Servicio de acompañamiento de pacientes;  
Actitudes ante la muerte;  
Aislamiento de pacientes;  
Ritual de despedida;  
Ritos fúnebres

### Resumen

**Objetivo:** Realizar una síntesis de la evidencia disponible para establecer recomendaciones sobre el abordaje del duelo y la muerte en familiares de pacientes con COVID-19, así como ofrecer recursos sustitutos de los rituales y procedimientos necesarios con el fin de favorecer duelos funcionales y prevenir duelos complicados.

**Método:** Se realizó búsqueda bibliográfica en bases de datos MEDLINE, EMBASE, SCIENTIFIC DIRECT, WOS, CINAHL y CUIDEN, utilizando términos MeSH (*family, patient, isolation hospitals, grief, death, ceremonial behavior, self care, affects and social networking*) con su ecuación booleana correspondiente. Los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica a través del *Critical Appraisal Skill Programme* en español.

**Resultados:** Se encontraron 560 artículos atingentes; tras aplicar los criterios de selección 13 estudios se incluyeron en el análisis, de los cuales 8 eran revisiones sistemáticas, 3 estudios cualitativos, un estudio piloto prospectivo transversal y una guía clínica, que permitieron identificar estrategias para el abordaje del duelo y la muerte atendiendo a este momento de excepcionalidad de la COVID-19, incidiendo en el manejo competencial de los profesionales sanitarios en apoyo emocional y en el acompañamiento, así como en el seguimiento durante todo el proceso y en la comunicación con la familia.

**Conclusión:** En el proceso final de la vida en tiempos de la COVID-19 los profesionales sanitarios deben trabajar despedidas, los ritos fúnebres alternativos, la atención espiritual y el afrontamiento precoz que permitirán a su vez la prevención del duelo complicado.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [soniagarcianavarro@gmail.com](mailto:soniagarcianavarro@gmail.com) (S. García Navarro).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

1130-8621/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Araujo Hernández M, et al. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enferm Clin.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

## KEYWORDS

Patient escort service;  
Attitudes death;  
Patient isolation;  
Farewell ritual;  
Funeral rites

## Approaching grief and death in family members of patients with COVID-19: Narrative review

### Abstract

**Objective:** The objective of this review was to synthesize the possible evidence to establish recommendations on the approach of mourning and death in relatives of COVID-19 patients, as well as offering substitute resources for the necessary rituals and procedures in order to build up functional griefs and prevent complicated bereavements.

**Method:** A bibliographic research was conducted in MEDLINE, EMBASE, SCIENCE DIRECT, WOS, CINAHL and CUIDEN databases, using MeSH terms, (*family, patient, isolation hospitals, grief, death, ceremonial behavior, self-care, affects and social networks*) with its corresponding boolean equation. The selected articles have been published in a critical reading through the Critical Assessment Skills Program in Spanish (CASPe).

**Results:** A total of 560 articles were initially found, after applying the selection criteria, 13 studies were included in the analysis, of which 8 were systematic reviews, 3 qualitative studies, 1 cross-sectional prospective pilot study and 1 clinical guide, which allowed identifying strategies for the approach grief and death attending to this moment of exceptionality covid19, influencing the competence management of health professionals in emotional support and accompaniment as well as the monitoring throughout the process, as well as in the communication with the family.

**Conclusion:** In the final process of life in COVID-19's time, health professionals must work farewells, alternative funeral rites, spiritual care and early coping that will allow the prevention of complicated grief.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El proceso de fin de vida genera un gran impacto emocional en el paciente y en la familia. Esto requiere, por su complejidad, una mayor competencia en los profesionales que acompañan para dar respuesta a las múltiples necesidades que se generan.

El fenómeno del duelo ha sido estudiado a lo largo de los años, con la intención de ampliar su conocimiento y poder promover medidas de prevención para un desarrollo adaptativo del mismo, para evitar sus complicaciones, que se conocen como duelo complicado<sup>1</sup>.

La finalidad del equipo que acompaña al paciente y a la familia en el final de la vida debe ser la de favorecer una maduración personal y familiar; ayudándolos a vivir la experiencia de forma constructiva. La elaboración del duelo anticipado mediante dinámicas que favorezcan la expresión es un factor protector para un duelo patológico posterior en la familia<sup>2</sup>.

La situación excepcional que vivimos agudiza mucho más la complejidad de la atención. Los profesionales sanitarios están dando respuesta a una nueva situación de entender el final de la vida, caracterizado por la soledad del paciente durante proceso, aislado totalmente de su familia y su entorno.

El objetivo de este trabajo es establecer recomendaciones basadas en la evidencia respecto al abordaje de duelo y muerte en familiares de pacientes con COVID-19, específicamente orientadas a identificar intervenciones sobre el manejo competencial de prevención del duelo complicado en familiares de pacientes con COVID-19, y describir

estrategias sustitutivas a los rituales de duelo y muerte en dichos familiares.

## Método

### Diseño

Revisión narrativa de artículos publicados entre 2010 y 2020 localizados en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, SCIENCE DIRECT, WOS, CINAHL y CUIDEN.

### Estrategia de búsqueda

Se utilizaron términos MeSH (*family, patient, isolation hospitals, grief, death, ceremonial behavior, self-care, affects and social networking*).

En el proceso de selección se examinaron títulos y resúmenes para descartar los estudios irrelevantes, se buscaron los textos completos de aquellos estudios potencialmente relevantes y se verificó su adecuación a los criterios de inclusión: artículos escritos en español, inglés, francés y portugués, que el título estuviera relacionado con la pregunta de búsqueda, la adecuación del contenido del resumen y que describan intervenciones aplicables a nuestro objetivo de estudio. Se eliminaron aquellos estudios que no hicieran referencia a recomendaciones o estrategias en el abordaje del duelo y la muerte de familiares.

La revisión de los textos completos se realizó por 2 investigadores independientes y de forma enmascarada para evitar sesgos de evaluación.

Cómo citar este artículo: Araujo Hernández M, et al. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enferm Clin*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

## Evaluación crítica y extracción de datos

Los instrumentos utilizados para la valoración de la calidad de los estudios fueron las guías *Critical Appraisal Skill Programme* de lectura crítica de la literatura científica. Tras evaluar los estudios y comprobar que ninguno de ellos fue calificado con un *Critical Appraisal Skill Programme* inferior a 6, se decidió incluir todos los trabajos al considerar que aseguraban una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo. Para la extracción de datos se diseñó una tabla en la que se especificó el título, los objetivos, el diseño, la metodología, la población, la intervención y los resultados.

## Resultados

Tras la revisión de la bibliografía se identificaron 560 artículos atingentes; tras eliminar los 47 duplicados solo 70 (12,8%) cumplían los criterios de selección en el resumen, 57 de los mismos presentaban criterios de exclusión que fueron detectados en el extenso, por lo que se consideró para su ulterior análisis un total de 13 estudios, que aportaron un total de 699 evidencias (fig. 1).

De los artículos seleccionados 8 fueron revisiones sistemáticas, 3 estudios cualitativos y un estudio observacional. En este análisis se incluye una guía de práctica clínica por la oportunidad de su contenido en estos momentos de excepcionalidad clínica provocada por la pandemia.

Una vez revisados los estudios seleccionados, los datos fueron recogidos y clasificados en 4 categorías: necesidades sentidas de los familiares, rol enfermero en el proceso final, formación para dar respuesta a esta nueva demanda de salud y estrategias sustitutivas en el abordaje de la muerte y duelo.

Los familiares identifican la necesidad de intimidad como fundamental en el proceso de morir. Aquellos que no han podido vivirlo así lo expresan como un trauma, por otro lado señalan el sentimiento de soledad ante los cuidados del fin de vida<sup>1</sup>. Otro de los aspectos que se destaca se relaciona con la falta de asesoramiento e implicación por parte de los profesionales sanitarios con la familia, la inadecuada información recibida por estos, a veces contradictoria, ha significado que los cuidadores se sientan engañados y frustrados<sup>3,4</sup>. Los estudios seleccionados<sup>3-5</sup> coinciden, como necesidad prioritaria, en la formación y el acompañamiento, ya que ellos hubieran necesitado mayor información y apoyo emocional.

La figura de la enfermera como elemento crucial en la atención de la familia en el duelo queda reflejada en 3 de los documentos analizados<sup>3-5</sup>, resaltando la necesidad de abordar la formación en competencias<sup>6</sup>, el trabajo en equipo<sup>7</sup>, el tándem enfermera-familia<sup>7,8</sup> y el acompañamiento durante todo el proceso, concretando el seguimiento a corto, medio y largo plazo de las familias que han sufrido una pérdida<sup>9-11</sup>.

La formación en el abordaje del duelo y acompañamiento final se desprende como principal necesidad de los familiares<sup>3-5</sup>, que valoran positivamente las intervenciones de apoyo al duelo<sup>6-9</sup>. La formación en habilidades de comunicación también se evidencia en los estudios revisados<sup>7,10</sup>, resaltando que el lenguaje es el arma más poderosa para desmitificar los bulos que existen en torno a la muerte y la pérdida, y propiciar una comunicación fluida y efectiva.

Por otra parte, se describen estrategias sustitutivas efectivas en el abordaje del duelo y la muerte, tales como el trabajo en equipo, la escucha activa, la atención enfocada en el significado de la pérdida para cada familia en aislamiento, el refuerzo positivo a la misma por las acciones desarrolladas<sup>7</sup>, la realización y envío de cartas de condolencia<sup>5</sup>; la realización de un diario del proceso<sup>6</sup>; el refuerzo de los autocuidados<sup>11</sup> y el contacto y apoyo entre el grupo de iguales<sup>12</sup>. La ejecución de rituales, la atención de la espiritualidad y la necesidad de una despedida se presenta como eje central para evitar los duelos complicados<sup>5,11,13,14</sup>.

Ante el reto que está suponiendo la gestión del proceso de duelo y afrontamiento de la muerte de pacientes con la COVID-19 por parte de sus familiares, el papel de la enfermera es clave; por ello es necesario generar recomendaciones basadas en la evidencia que permitan manejar este proceso de manera efectiva.

- Formación online. La formación específica en duelo, así como los recursos especializados (apoyo de personal experto) por parte de las unidades de gestión clínica que estén trabajando con pacientes con la COVID-19, para la ayuda y la atención integral en este proceso. Es necesario adquirir competencias en el abordaje de la muerte y el duelo para prevenir el duelo complicado de los familiares y para reducir el estrés postraumático de los propios profesionales<sup>6</sup>.
- Enfermería basada en la evidencia. Trabajar con escalas revisadas y basadas en la evidencia para obtener resultados fiables y replicables en otras circunstancias de una manera rápida y efectiva<sup>14</sup>.
- Información. Facilitar la información al paciente y la familia consensuada por el equipo multidisciplinar, pues facilita la elaboración del duelo funcional y previene el patológico<sup>6,7,11</sup>. Adaptar la información a las necesidades individuales del paciente y la familia<sup>7,10</sup>. En pacientes aislados favorecer la comunicación con su familia<sup>15</sup> con nuevas tecnologías si fuese posible; si no fuese posible transmitir el mensaje de manera escrita. Informar a la familia de la situación clínica de una forma veraz y continua, respondiendo a sus preguntas e inquietudes en cada una de las etapas del proceso<sup>3,7,10,11</sup>. Una vez haya fallecido avisar telefónicamente a la familia, dar la opción de que puedan traer un objeto simbólico para el paciente<sup>11</sup>.
- Comunicación. Comunicación fluida y efectiva a todos los familiares<sup>8</sup>. Somos mediadores entre el paciente y la familia, incidiendo en la expresión de las emociones, sentimientos y vivencias que propicia estas circunstancias. Generar vías de comunicación bidireccionales entre los profesionales que atienden a sus familiares y ellos, con el objetivo de originar una escucha activa que dé apoyo a todos los niveles (físico, psi-social y emocional)<sup>7,10,11</sup>.
- Facilitar las vías de comunicación y el trabajo en equipo con la familia, entendiendo que el tándem profesional-familia es clave en el éxito de este abordaje<sup>7</sup>. En el caso de no ser posible esto se propiciarán vías telemáticas (móviles, tabletas, ordenadores, etc.) que faciliten la comunicación y la despedida<sup>13</sup>.
- Competencia cultural. Adaptación cultural basada en el significado personal que cada familia da a su proceso y consensuar con el paciente y/o la familia la adecuación del esfuerzo terapéutico, instando, si no se

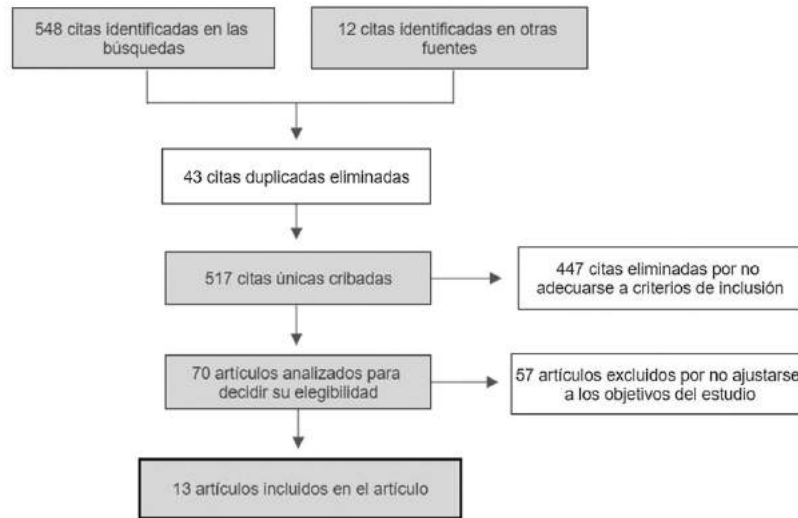


Figura 1 Flujograma de resultados de la búsqueda.

tuviera, a la realización del testamento vital o voluntades anticipadas<sup>7,11</sup>.

- Despedida. Ofrecer nuevas vías de ejecución de sus rituales fúnebres y de despedida. Usar las nuevas tecnologías para las despedidas, el recuerdo, la memoria, el refuerzo positivo de familiares y amigos y el mantenimiento del recuerdo del difunto como parte imborrable de la vida de los mismos<sup>7,11</sup>.
- Seguimiento de familiares en duelo. Realizar seguimiento telefónico de los familiares durante el periodo de confinamiento. Tras finalizar el mismo hacer un seguimiento y evaluación presencial desde el equipo de atención primaria<sup>7,10</sup>. Crear vías de comunicación con la familia que propicie un seguimiento a corto, medio y largo plazo y permitan el envío de cartas de condolencia por parte de los profesionales sanitarios, basadas en la experiencia particular y única de cada uno de los pacientes que se han tratado con el objetivo de facilitar duelo funcional a las familias que han sufrido una pérdida, favoreciendo la aceptación emocional de la realidad de la pérdida, pero también para cerrar el proceso del propio personal sanitario, expresando toda su dedicación y esfuerzo de haber sido testigo excepcional de ese momento<sup>5,6</sup>.
- Mediatizar programas de apoyo entre iguales, creando redes de familiares con experiencias similares para el acompañamiento, ya que es un factor protector del duelo complicado<sup>12</sup>.

## Discusión y conclusiones

Esta revisión planteó como objeto facilitar la adquisición del manejo competencial del abordaje de la muerte y el

duelo en esta situación excepcional. Las medidas adoptadas en tiempos de COVID-19, a pesar de haberse realizado de forma justificada, han suscitado escenarios que favorecen la complicación del proceso de duelo normal o funcional. Las despedidas, que cursan con una dimensión individual y social, se han visto eliminadas, suscitando una intensificación de síntomas del duelo familiar. Se han visto afectados todos los actos alrededor de la pérdida, tan significativos para el doliente como disponer del apoyo social o poder desarrollar con normalidad los rituales propios de nuestra comunidad (velatorios, ceremonias religiosas o rituales familiares...) <sup>11</sup>. Nuestra cultura, inminentemente simbólica, ha suscitado una sociedad necesitada de estos rituales para afrontar las despedidas. Por ello es indispensable adaptar esas expresiones simbólicas a las circunstancias que estamos viviendo actualmente. Diversos autores <sup>7,13</sup> refieren la necesidad de compartir la experiencia como un elemento social, que posea un lugar, un tiempo y un reconocimiento en el entorno, así como la importancia de recibir gestos que manifiesten el acompañamiento y la empatía <sup>3</sup> de aquellos que han influido de alguna manera en el proceso. Todo esto solo se podrá llevar a cabo a través de medidas adaptativas, tales como el uso de la redes sociales <sup>3</sup>, la elaboración de diarios <sup>6</sup>, las cartas de condolencia <sup>5,6</sup> o la cercanía entre iguales <sup>12</sup>.

La información a la familia es indispensable para asegurar un abordaje correcto y temprano, pero a su vez suscita un proceso complejo, en el que se ponen en acción múltiples valores a tener en cuenta. Glajchen y Goehring <sup>7</sup> indican que la comunicación entre el binomio sanitario-familia debe ser fluida y efectiva, tratando los puntos más controvertidos del proceso (miedos, sentimientos y conspiración), a

Cómo citar este artículo: Araujo Hernández M, et al. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enferm Clin*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

lo que Rückholdt et al.<sup>10</sup> añaden que debe poseer un elemento temporal que priorice y asegure una comunicación temprana y el abordaje individualizado de cada familia; cada familia necesita su espacio, su tiempo<sup>3</sup> y su interpretación personal<sup>7,11</sup>. A pesar de ser un ejercicio de extrema complejidad en cualquier situación, y mucho más agravado en las circunstancias actuales, es necesario si queremos asegurar un afrontamiento eficaz.

La intervención durante la pérdida y el duelo es una competencia enfermera que, en la actualidad de esta pandemia, retoma una especial atención. La familia y el tejido social que rodea al paciente están en un aislamiento alejado de su voluntad, por lo que nuestra práctica debe estar orientada a suplir este fenómeno, incidiendo en un acompañamiento del paciente y familiar que favorezca un afrontamiento eficaz, así como una preparación al duelo.

De la misma forma debemos trabajar en equipo, favoreciendo un abordaje multidisciplinar<sup>6,7</sup>, así como una adaptación metodológica ante la nueva situación. Si el contacto físico, la reunión entre personas, la comunicación directa entre paciente y familia es imposible de llevarse a cabo, debemos utilizar estrategias virtuales<sup>13</sup> que suplan las intervenciones presenciales. La experiencia de unidad, de sentirse parte de un grupo, de trabajar de manera unánime con otras disciplinas, así como de tomar decisiones de manera consensuada, suponen elementos preventivos en el abordaje del duelo<sup>7</sup>. Además, la formación, la investigación y la práctica clínica basada en la evidencia es contemplada por varios autores<sup>6,7,14</sup> como elementos indispensables para ofrecer unos cuidados seguros y prevenir elementos que dificulten el afrontamiento, como pueden ser la información contradictoria, los diagnósticos contradictorios o la esperanza infundada.

En definitiva, el final del proceso de vida genera en el paciente y en la familia un conjunto de reacciones a las cuales el personal sanitario debe dar respuesta. Esta revisión ha puesto de manifiesto la importancia del rol enfermero en este acompañamiento, el cual requiere de unas competencias específicas que aborden este proceso de manera integral e individualizada.

La situación de aislamiento que sufren los pacientes afectados por esta pandemia dificulta aún más la adaptación de la familia durante el proceso de duelo. Este artículo aporta la descripción de aquellas intervenciones que según la literatura revisada previenen la complicación del duelo. Conocer estos factores nos ha permitido adaptarlos al escenario actual con el fin de favorecer el acompañamiento profesional y el abordaje de la muerte en tiempos de la COVID-19.

Por otro lado, no debemos olvidar el sentir de los proveedores de cuidado en estos momentos tan difíciles, donde la sociedad ejerce una presión involuntaria ante la nomenclatura de «héroes», en contraprestación de una serie de reacciones fluctuantes y personales que cada uno experimenta ante la posibilidad de no estar a la altura, miedo a su propia enfermedad y a la del contagio de sus seres queridos. Esto puede llevar a las enfermeras a desarrollar *burnout*, en caso de que no logren adaptarse a los diferentes mecanismos de enfrentamiento de la muerte o no encuentren un significado compasivo a esta situación que les ha tocado vivir.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* (Pozuelo de Alarcón). 2008;5:383-400.
2. Boceta J, Alonso A. Control de síntomas neuropsicológicos. *Aten Primaria*. 2006;38:57-64.
3. Ruiz-Fernández M, Ortega-Galán A, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega M, Relinque-Medina F, et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enferm Univ*. 2017;14:10-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.004>.
4. Soto-Rubio A, Salvador E, Pérez-Morín M. Factores de riesgo de duelo complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una revisión sistemática. *CdVs*. 2019;12:29-39.
5. Barbero J, Alameda A, Díaz L, Jiménez M, García H. Las cartas de condolencia: marco conceptual y protocolo. *Med Palliat*. 2014;21:160-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.006>.
6. Efstathiou N, Walker W, Metcalfe A, Vanderspauk-Wright B. The state of bereavement support in adult intensive care: A systematic review and narrative synthesis. *J Crit Care*. 2019;50:177-87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jccr.2018.11.026>.
7. Glajchen M, Goehring A. The family meeting in palliative care: Role of the oncology nurse. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33:489-97, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.007>.
8. Areia N, Major S, Relvas A. Needs of the terminally ill's relatives in palliative care: Critical review of literature. *Psychologica*. 2017;1:137-52, <http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606.60-1.8>.
9. McAdam J, Puntillo K. Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased intensive care unit patients. *Am J Crit Care*. 2018;27:372-80, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018575>.
10. Rückholdt M, Tofler G, Randall S, Buckley T. Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2019;97:40-54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.016>.
11. Lacasta MA, Aguirre AM (coord). Guía para familiares en duelo. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2020 [consultado 13 Abr 2020]. Disponible en: [http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc\\_guia\\_para\\_familiares\\_en\\_duelo.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_guia_para_familiares_en_duelo.pdf).
12. Bartone P, Bartone J, Violanti J, Gileno Z. Peer support services for bereaved survivors: A systematic review. *Omega* (Westport). 2019;80:137-66, <http://dx.doi.org/10.1177/0030222817728204>.
13. Catania-Opris C. [tesis doctoral] Social Grief: A grounded theory of utilizing status updates on Facebook as a contemporary ritual. Florida: Nova Southeastern University. NSUWorks. 2016 [consultado 13 Abr 2020]. Disponible en: [https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=shss\\_dft\\_etd](https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=shss_dft_etd).
14. Oliver A, Galiana L, Benito E. Evaluation tools for spiritual support in end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9:357-60, <http://dx.doi.org/10.1097/spc.000000000000173>.
15. Barreto M, García-Vivar C, Dupas G, Misue L, Macon S. La ausencia familiar en la atención de urgencia conlleva sufrimiento en pacientes y familiares. *Enferm Intensiva*. 2019;28:21-30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enf.2019.03.003>.





# CAPITULO 6. RESULTADOS



Los resultados de los artículos incluidos en esta Tesis por compendio, aunque poseen conexión en la línea argumental de investigación, van a ser presentados por separados, puesto que cada uno ha sido abordado desde unos objetivos y metodologías distintas. Al finalizar esta presentación de los resultados y de la discusión por fases, se realizará un abordaje completo del tema tratado en esta tesis el rol de la enfermera y la influencia de los elementos culturales en la atención al paciente y familia en el proceso final de vida.

Los resultados de la investigación de la **Fase 1**, se enmarcaron dentro de los objetivos específicos de esta fase, la identificación de las intervenciones y actividades educativas de las enfermeras que mejoraban el cuidados y autocuidado de cuidadores en personas en situaciones de últimos días en el entorno domiciliario. Se presentarán de esta manera, para su posterior discusión y relación como elementos relevantes en las intervenciones educativas de las enfermeras.

La observación participante nos arrojó datos sobre el contexto donde se desarrolla la actividad cuidadora, (punto II instrumento Ghata Enfermería), en cuanto al tipo de atención realizada, 180 de ellas (93.8%) fueron consultas/visitas programadas, existiendo un acuerdo previo entre el paciente y la enfermera, el resto, 12 (6.3%) fueron a demanda, no se produjo ninguna visita de derivación de otro profesional. Del total de las visitas en el que las mujeres fueron las personas en las que se focalizó la sesión, el 94,8% fueron programadas y el 5,2% a demanda.

Para finalizar el contexto, añadir que el contenido de las visitas fue mayoritariamente de intervención, 112 (106 programadas + 6 a demanda) el 66,1% mujeres las destinatarias. El resto se distribuyó entre 51 visitas de carácter mixto y 29 de carácter de valoración y diagnóstico.

La persona objeto de la visita fue en 125 visitas (65.1%) paciente primario y en 61 (31,8%) cuidador/a como recurso para el cuidado del paciente. Solo 6 de las visitas (3,1%) se realizaron a pacientes clasificados como secundarios (problemas de salud que está teniendo o puede tener la persona cuidadora como consecuencia de su papel de cuidadora), un 79,3% de las mismas como mujeres en el papel de receptoras de la visita.

La obtención de las intervenciones enfermeras de carácter educativo a través de la observación en domicilio y utilizando el instrumento Gatha Enfermera, se ha realizado de la siguiente manera:

Se ha considerado realizada la intervención enfermera en aquellos casos que se ha cumplido el ítem en un 75% o más de las observaciones. Se han elegido de la herramienta metodológica enfermera NIC (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras), aquellas actividades que se correspondían con los ítems del instrumento y su correspondiente intervención.

Figura 6. Intervenciones Enfermeras y ejes del instrumento Ghata Enfermería

EJESGHATA	ÍTEMSGHATA	INTERVENCIONES
EJE 1º ACTITUDES (APERTURA, RESPETO, CERCANÍA, COMPRENSIÓN, EMPATÍA, SEGURIDAD...)	1,2,3,4,6,11,12,13,14 3,4, 5,6,7,11,13 8,9,11 8,9,11,12,13 6,7,8,9,10,11,12,13	Fomento de la Comunicación Escucha activa Establecer objetivos comunes Facilitar la enseñanza Presencia
EJE 2º TAREAS COMUNICACIONALES: Recabar Información	17,19 15,16,17,18,20 19 15,17,20	Establecer objetivos comunes Educación Sanitaria Implicación Familiar Asesoramiento
TAREAS COMUNICACIONALES: Elaborar un Plan de Cuidados	21,22,23,24 25 24,25 22,23,24,25	Desarrollo de un programa Apoyo a la toma de decisiones Potenciación de la capacidad de Aprendizaje Asesoramiento
TAREAS COMUNICACIONALES: Seguimiento del Plan de Cuidados	26,27 28 26,27,28	Educación sanitaria Desarrollo de un programa Implicación familiar
EJE 3º HABILIDADES TÉCNICAS Recabar Información	29,30 29,30	Facilitar la enseñanza Reestructuración cognitiva
HABILIDADES TÉCNICAS Trasmítrir Contenidos educativos	31,32,33,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35 31,32,34,35	Mejorar el acceso a la información sanitaria Facilitar la enseñanza Educación Sanitaria Asesoramiento Entrenamiento de la memoria Apoyo al cuidador principal

En todos estos ítems el nivel de cumplimiento está por encima del 75%. Se observan los ejes de los que consta el instrumento utilizado, los ítems del Gatha que nos indican la existencia de las intervenciones enfermeras y dichas intervenciones

En cuanto a la descripción de lo que se ha observado en cada uno de los ejes incluidos en el instrumento Ghata-Enfermería, nos encontramos en el Eje 1. Actitudes:

El 100% (192) de los profesionales saludan al paciente a su llegada al domicilio y llaman al paciente por su nombre (P2)

(P3)-Así mismo, el 100% de los sanitarios se dirigen al paciente en términos de respeto, sonríen al interlocutor en algún momento de la sesión en 191 visitas

(99,5%) (P4). A su vez la totalidad de los profesionales miran al paciente mientras hablan o escuchan (P5)

(P6) En 181 de las visitas (94%) la enfermera deja hablar al paciente correspondiendo solo a 11,(5,7%) restante a pacientes que por su patología no pueden comunicarse(no procede).

Respecto a tener en cuenta la opinión del paciente, en 149 ocasiones (77,6%) lo hacen en todo momento generando un alto grado de comprensión. (P7).

El profesional atiende a las preguntas y aclaraciones del paciente en 166 (86,56%) de las visitas.

En 179, el 93,2% de las visitas, observamos que los enfermeros/as tratan al paciente como adulto sin emplear expresiones paternalistas (P9).

Respecto a la manifestación verbal por parte de los profesionales de respuestas sensibles ante los miedos y preocupaciones del paciente, 144 (75%) lo hacen en todo momento , el resto se clasifica como no procede debido a que el contenido de la visita es exclusivamente para realizar una técnica de breve duración ya conocida por el paciente.(P10).

En 183 de las visitas (95,3%) el profesional utiliza las expresiones verbales y no verbales de apoyo y comprensión con el paciente (P11) y de forma asertiva (P12).En la totalidad de las visitas el profesional manifiesta coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal y se despide del paciente.

Del análisis de las entrevistas describimos aquellas categorías previas, así como las emergentes (contexto, elementos facilitadores y limitadores del aprendizaje en domicilios)

El contexto donde se realiza la actividad de cuidar y sus infraestructuras son importantes. Describir las características, los elementos que lo conforman y los actores son aspectos que deben ser tenidos en cuenta en el análisis de estudio. Por eso el domicilio debe ser considerado como un "microsistema", donde las relaciones personales, los valores, la estructura física, etc. actúan de forma simultánea marcando el tipo de intervenciones que se desarrollan en el interior. Para entender mejor como los cuidadores aprender a cuidar, es necesario conocer las características propias de dicho cuidador, que cuidados prestan, en qué contexto desarrollan los cuidados, con qué recursos cuentan y cuáles son sus capacidades y habilidades.


El domicilio es un espacio donde se desarrollan todas las respuestas humanas del paciente y la cuidadora. La acción cuidadora sólo es posible si la enfermera pone en práctica habilidades comunicativas orientadas a identificar y caracterizar (fase de juicio diagnóstico) la situación general de la persona, qué problemas de salud presenta, en qué medida esos problemas están marcados por factores sociales y psicológicos; cómo identifica y siente la persona su problema, qué tipo de mecanismos (Respuestas Humanas) ha puesto en marcha, y en qué medida estos mecanismos actúan en su propio proceso. Debemos tener en cuenta, a su vez, las peculiaridades personales, historias previas compartidas, creencias y valores que rigen ese contexto donde las enfermeras son parte invitadas y donde deben desarrollar sus cuidados.

En el análisis de la dimensión Contexto se han utilizado tres categorías:

- Personal, entendiendo como la aportación al domicilio por parte del cuidador de sus características personales, ya sea estado de ánimo, nivel cultural, disponibilidad, circunstancias físicas etc.
- Familiar, es el que extiende el contexto involucrando a la parte de la redes sociales de cada uno de los individuos integrantes del domicilio, recursos ,apoyos y relaciones familiares
- Ambiental, se puede considerar como una extensión del contexto físico, y engloba variables como limpieza, iluminación, ruido, ambiente etc.

Por último se analizaron los discursos de los grupos de discusión, en el análisis del contenido emerge una nueva categoría en la dimensión factores determinantes del aprendizaje en la categoría de limitadores, como subcategoría y es las limitaciones encontradas por las propias enfermeras, como queda reflejado en la tabla 6.

Tabla 6. Factores determinantes del aprendizaje.

CATEGORIAS	NÚCLEO TEMÁTICOS	VERBALIZACIONES
<b>1. Factores Facilitadores</b>	<b>1.1 voluntad</b>	1.1.1 “Entonces, lo que depende principalmente, yo creo que sigue siendo lo mismo que hemos dicho al principio, de la fuerza, de la voluntad que tenga esa cuidadora.” (Enlace 1, segmento 14-14). 1.1.2 “Y hay gente que está muy predispuesta para aprender absolutamente de todo y ayudarte absolutamente a todo lo que tú le indiques que tiene que hacer con el paciente” (Enlace 2, segmento 13-13).
	<b>1.2 condiciones físicas y la edad joven</b>	1.2.1 Una cosa es que no tengan conocimiento pero tienen ganas de cuidar y físicamente están bien, entonces ahí si trabajas bien” (Enlace 3, segmento 20-20).
	<b>1.3 Apoyo Familiar</b>	1.3.1 “Cuando el vínculo es menos, por ejemplo, has sido una cuidadora media formal, la nuera o me llevo muy mal con él y yo si voy, lo que dijimos, en esos casos suelen buscar o suelen continuar mejor con su vida” (Enlace 2, segmento 48-48)
		
<b>2. Factores Limitadores</b>	<b>2.1 Edad Avanzada</b>	2.1.1 “La edad en el sentido, no por el hecho de tener una edad avanzada sino porque esa edad conlleva falta de habilidades necesarias para poder prestar cuidados,” Claro porque algunas es que no pueden las pobres, que no tienen fuerzas, imposible, porque hay cuidadoras de setenta y tantos años, y yo no sé quién está mejor si la cuidadora o la persona cuidada” .(Enlace 3, segmento 21-21) 2.1.2 “Porque esta mujer por mucho que quiera no lo va a hacer. No va a hacer cambios posturales, esto no lo va a hacer, lo otro no lo va a hacer, porque es que no puede la mujer, está arrastrando una pierna, va con un bastón, va con tal, por muchas ganas que tenga, es de lo que más falla en esas edades, claro”. (Enlace 3, segmento 22-22).
	<b>2.2 Estado emocional</b>	“Que no he tenido una buena relación y ahora me toca cuidarlo, pero lo voy a cuidar lo mínimo, voy a hacerle las necesidades básicas de tenerlo lavado, vestido y comido pero no me pidas más”.(Enlace 2, segmento 11-11).

Elementos limitadores

Voluntad

Estado emocional

Sobrecarga

Edad avanzada

Historias previas

Situación social

Para finalizar los resultados y como síntesis de la información obtenida en el proceso de triangulación desde las diferentes perspectivas de enfermeras y en las diferentes técnicas de recogida de datos utilizadas en el estudio. Hemos analizado los datos por separados (observación, entrevista y grupo de discusión). En la tabla 7 se refleja como en el primer sondeo realizado a través de la técnica de Observación participante, las intervenciones enfermeras recogidas por la investigadora van conformando las primeras categorías emergentes que han servido como punto de partida y referente fundamental para profundizar a través de las entrevistas y el grupo de discusión en las intervenciones y actividades de carácter educativo desarrolladas en los domicilios.



Tabla 7. Descripción de los factores que determinan el aprendizaje en base a las técnicas utilizadas

Factores que determinan el aprendizaje				
	Factores limitantes		Factores capacitadores	
Observación	Cuidados	Enfermeras	Cuidados	Enfermeras
				<ul style="list-style-type: none"> <li>– Explicar las razones de las instrucciones dadas</li> <li>– Explicar mediante el uso de ejemplos</li> <li>– No usar jerga médica</li> <li>– Comprobar la comprensión del cuidador de información facilitada</li> </ul>
Entrevistas			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entorno conocido</li> <li>– Relaciones personales en la familia</li> <li>– Apoyo familiar</li> <li>– Experiencia en la prestación de servicios</li> <li>– Condición física/edad</li> </ul>	
Grupo de Discusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antecedentes de familia pobre</li> <li>– Relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Falta de tiempo</li> <li>– Experiencia en atención primaria</li> <li>– Falta de coordinación entre salud profesionales de la atención</li> <li>– Falta de modificación del comportamiento técnico</li> <li>– Dificultades en la gestión Equipos</li> </ul>		



Estos resultados nos presentaron una descripción bastante completa de las intervenciones educativas que las enfermeras desarrollan en los domicilios, además de reflejarnos cuales son los elementos que facilitaban o dificultaban este proceso.

La enfermera ejecuta sus cuidados en un contexto familiar circunscrito en un entorno cultural, donde los significados de los cuidados, de la vida, de las necesidades, del acompañamiento familiar y del final de la vida hacen que esas tareas tomen una relevancia aún mayor.

La base de los cuidados ofrecidos por las enfermeras en los entornos familiares emana del aprendizaje en las etapas formativas. Por eso, y con el fin de conocer esta esfera cultural y las experiencias personales, formativas y actitudinales que tienen los pre-profesionales (estudiantes) sobre el proceso final de vida, y que de alguna manera marcan su proyección profesional como agentes de salud proveedoras de cuidados y de intervenciones educativas, se procedió al desarrollo de la **Fase 2** de este proyecto.

El enriquecimiento de estos resultados, surgen de una comparativa entre dos universidades de distintos contextos culturales que describieron qué elementos eran condicionantes para afrontar la muerte, y de una estancia de investigación que nos sirvió para aclarar los resultados que ahora presentaremos.

En este análisis participaron 78 estudiantes de la Universidad Dakar, de la cual 91% eran mujeres y el 9% hombres. En la población de la Universidad de Huelva fueron seleccionados 65 estudiantes, de los cuales 75,4% eran mujeres y 24,6% hombres. Una de las principales diferencias en ambas poblaciones de estudio radica en la religión que profesan y el grado de práctica de la misma. Los alumnos de Hekima Santé en un 87,18% son seguidores de la religión islámica, mientras que los alumnos de la Universidad de Huelva profesan la religión cristiana en un 84,6%, sin embargo, su práctica puntúa por debajo de 5 en un 70,8% de los encuestados.

Otras de las diferencias esperadas más significativas, son las referentes a las culturas de procedencia. Los alumnos de la Universidad de Hekima Santé, disfrutaban de una gran variabilidad de etnias, más del 63% de los alumnos provienen de etnias diferentes (31% Wolof, 20% Peul y 12% Serer).

Al explorar las experiencias personales y formativas, así como las actitudes ante el proceso de fin de vida, encontramos diferencias entre las perspectivas de los estudiantes de la Universidad de Hekima Dakar y de la Universidad de Huelva respecto al contacto con el fenómeno de la muerte y la actitud ante el proceso final.

Los alumnos de ambas universidades refieren haber tenido contacto personal con la muerte, por el fallecimiento de algún familiar cercano, principalmente los abuelos, sin embargo, la experiencia con paciente al final de la vida durante su etapa formativa es muy pequeña.

Saber como ellos describen esta experiencia, era interesante, puesto que nos reflejaría el concepto que ellos poseen de muerte, final de vida, y su enfoque hacia esta realidad. Lo interesante es que un alto porcentaje de ambas universidades (83,3%-53,8%), no contestaron a esta pregunta, es decir no describieron esta experiencia.

Ambos grupos de alumnos refieren sentirse preparados emocionalmente para cuidados a pacientes y familiares que están viviendo esta situación, resaltando que solo los alumnos de Huelva poseen una formación reglada en esta materia. En relación a estos resultados, cuando preguntamos por las competencias del alumnado en acompañamiento final, conocimientos, habilidades y destrezas adecuadas para abordar profesionalmente el final de la vida. Los alumnos de la Universidad de Hekima Santé indicaron que los recursos más apropiados eran la Empatía, la comprensión y el saber acompañar, sin embargo, identificaron la formación sobre el tema como uno de los componentes con menor valoración. Los alumnos de la Universidad de Huelva coincidieron en los recursos, y a diferencia a los alumnos de Hekima, dieron a la Formación el segundo valor más alto, probablemente porque en esta Universidad si está integrada en el currículum académico.

La perspectiva biológico-espiritual entre ambos alumnos nos permitió observar resultados interesantes, los alumnos de Hekima dieron un protagonismo al ámbito espiritual mayor que los alumnos de Huelva, que reflejaron la vivencia de la muerte casi exclusivamente biológica. En esta línea permitió analizar sus miedos hacia la muerte, resultando que, los alumnos de Hekima poseían igualdad de porcentajes en miedo a la muerte de un familiar y a la suya propia.

Por el contrario, los alumnos de Huelva, identificaron que su mayor temor tenía que ver con la muerte de un ser querido y no la suya propia.

Las dimensiones relacionadas con actitud ante la muerte se evaluaron en más profundidad a través de la escala Bugen de afrontamiento a la muerte. Los resultados obtenidos, teniendo Hekima mayores valores en un afrontamiento óptimo, arrojan la idea de que la formación especializada en fin de vida (que solo imparte la Universidad de Huelva, España), no determina un mejor afrontamiento cuando se compara con una población que a pesar de no tener formación en su currículo académico predomina una mayor práctica de su religión (Universidad Hekima-Santé, Senegal).

El análisis de la escala, también nos presentó diferencias muy significativas entre la percepción de los alumnos de Senegal y España, utilizando estrategias, creencias y actitudes diferentes para enfrentar la muerte, presentando los estudiantes de Dakar una tendencia significativa hacia mejores puntajes en comparación a los estudiantes de Huelva, a pesar de que estos últimos tienen una formación específica. Cuando observamos la distribución de las respuestas en estos ítems, observamos que esto se debe a que los universitarios de Hekima-Santé acumulan sus respuestas en la máxima puntuación “Totalmente de acuerdo”, mientras que los universitarios de Huelva tienden a situarse en respuestas neutras. De este comportamiento podríamos deducir como las creencias y cultura religiosa está por encima de la formación a la hora de definir íntegramente su respuesta.

La situación de Covid 19 que hemos enfrentado a nivel mundial, ha requerido una necesidad sanitaria sin precedentes, esto ha generado que estudiantes de último curso tuvieran que acelerar su graduación para poder estar solícitos a colaborar y atender las necesidades sanitarias requeridas. Además, es una situación muy excepcional, una pandemia mundial que se estaba generando muchas muertes repentinas y de corta evolución.

Esta situación, da lugar a nuestra **Fase 3**, en la que quisimos estudiar las percepciones y experiencias que tenían las enfermeras, mejor experimentadas o jóvenes, en este momento histórico- cultural, y ante continuas experiencias de final de vida. Además de explorar como la identidad profesional se veía reflejada en una crisis sanitaria de tal envergadura, y el grado de reconocimiento de los

usuarios ante la actuación de los profesionales de enfermería en el entorno comunitario.

Los resultados obtenidos para nuestra población reflejan un estado en cuanto autoconcepto, independencia profesional y autoestima desarrollada durante esta crisis sanitaria muy positiva respecto a períodos de antes de la pandemia.

Concretamente el perfil de la población estudiada consta de un 44% que no posee formación Pregrado en Comunicación, otro 44% que tiene nociones elementales y solo el 11.2% tiene formación teórica y teórico-práctica en su currículo. En relación a la formación Pregrado en entrevista clínica, el 27.8% refiere no tener ninguna, el 55.5% tener nociones elementales y solo el 16.7% tener formación teórica. La cuarta parte de la población analizada (72.2%) han realizado entre 30-60 horas de cursos/talleres formativos de posgrado en comunicación, y el 66.7% en entrevistas clínicas. Sólo un 11.1% refiere no haber recibido formación en este ámbito.

Durante las entrevistas y los grupos de discusión las diferentes categorías que subyacen de la *identidad profesional* de la enfermería, que surge tras la reflexión respecto lo que nuestra población de estudio piensa, dice e interviene día a día por el bienestar y la salud de los individuos y los colectivos.

Para su análisis se han utilizado tres categorías y las verbalizaciones que reflejan la opinión y vivencias de la población estudiada.

Del autoconcepto (entendido como el concepto de sí misma como profesional de enfermería). Todos los fragmentos que emanan de esta categoría son en sentido positivo, las enfermeras a pesar de la sobrecarga de trabajo, el número de pacientes a atender, el papeleo a cumplimentar, etc., conocen a sus pacientes y perciben que el desempeño de sus funciones se realiza de manera adecuada, sirviendo en gran medida de soporte para ellos.

A lo largo de las entrevistas se ha preguntado si el trabajo de la enfermería está reconocido por los usuarios, no se ha entrado a valorar si es reconocido por el propio sistema, el resultado ha sido muy positivo. Según manifiestan las enfermeras casi todos los usuarios reconocen su trabajo y están muy agradecidos de su labor. El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la Satisfacción o insatisfacción de su labor en los domicilios.

La tercera categoría, la satisfacción, trata de expresar la satisfacción o no satisfacción de las enfermeras en su labor con los pacientes y cuidadoras que tratan en los domicilios. En todos los segmentos rescatados de esta categoría se pone de manifiesto el bienestar que las enfermeras sienten desarrollando su trabajo, ellas se sienten satisfechas si comprueban que sus pacientes y sus cuidadoras están avanzado. Un trabajo muy reconfortante para las enfermaras. A pesar de los resultados tan positivos que nos arrojó esta fase, entendimos que las enfermeras necesitan apoyo de recursos adaptados para atender estas situaciones tan excepcionales.

Por lo tanto, en **Fase 4**, quisimos facilitar los recursos que establecieran recomendaciones basadas en la evidencia respecto al abordaje de duelo y muerte en familiares de pacientes con COVID-19, específicamente orientadas a identificar intervenciones sobre el manejo competencial de prevención del duelo complicado en familiares de pacientes con COVID-19, y describir estrategias sustitutivas a los rituales de duelo y muerte en dichos familiares.


Una vez revisados los estudios seleccionados, los datos fueron recogidos y clasificados en 4 categorías: necesidades sentidas de los familiares, rol enfermero en el proceso final, formación para dar respuesta a esta nueva demanda de salud y estrategias sustitutivas en el abordaje de la muerte y duelo. Referente a las necesidades sentidas por los familiares, se destaca la necesidad de intimidad y la soledad como fundamento del proceso de morir Aquellos que no han tenido intimidad en estos momentos, lo expresan como un trauma. Otro de los aspectos que se destaca se relaciona con la falta de asesoramiento e implicación por parte de los profesionales sanitarios con la familia, la inadecuada información recibida por estos, a veces contradictoria, ha significado que los cuidadores se sientan engañados y frustrados.

El rol enfermero queda reflejado en varios de los estudios seleccionados, resaltando la necesidad de abordar la formación por competencias, el trabajo en equipo, el tándem enfermera-familia y el acompañamiento durante todo el proceso.

En formación para dar respuesta a esta nueva demanda de salud, se destaca la formación específica en abordaje del duelo y el acompañamiento final. Del análisis documental se desprende el valor positivo que reciben las organizaciones que han realizado esta intervención en duelo junto a las familias.

Otra de las orientaciones formativas va orientada en la comunicación, resaltando el lenguaje como el arma más poderosa para desmitificar los bulos que existen en torno a la muerte y la pérdida, y propiciando una comunicación fluida y efectiva.

Los resultados más enriquecedores de esta fase fueron la propuesta de las intervenciones sustitutivas efectivas en el abordaje del duelo y la muerte, tales como el trabajo en equipo, la escucha activa, la atención enfocada en el significado de la pérdida para cada familia en aislamiento, el refuerzo positivo a la misma por las acciones desarrolladas, la realización y envío de cartas de condolencia, la realización de un diario del proceso, el refuerzo de los autocuidados y el contacto y apoyo entre el grupo de iguales. La ejecución de rituales, la atención de la espiritualidad y la necesidad de una despedida se presenta como eje central para evitar los duelos complicados.



# CAPITULO 7. DISCUSIÓN



Los resultados analizados en la **Fase 1** dieron respuesta al primer y último objetivo específico, identificar las competencias de la enfermera en el entorno domiciliario, y describir los elementos que condicionan esos cuidados. Estos resultados nos revelaron una distribución normal en comparación con otros estudios sobre cuidadoras de personas con edad avanzada que se encuentran en las etapas finales de la vida (Abellán et al., 2015). En concreto el de una mujer (Vicente et al., 2014) de mediana edad, responsable de las tareas domésticas, (Trivedi et al., 2014), familiar directo ( hijas o esposa) (Coira y Bailon ,2014) y que convive con la persona a la que cuida, casada en la mayoría de los casos, con un nivel de estudios bajo, (Abellán et al., 2015; Delgado et al., 2014; Del Pino et al., 2014).

Esta investigación proporcionó interesantes resultados, puesto que, tanto el contexto donde se desarrollaban estas actividades y donde se realizaba el entrenamiento, seguimiento y educación, como el tipo de actividades que se desempeñaron, se asemejan a otros estudios (Bernal et al., 2018) que reflejan la tipología de tareas desarrolladas en el ámbito domiciliario.

En el estudio mencionado anteriormente (Bernal et al., 2018) realizado en ámbito domiciliario, se engloban las actividades que describen la práctica asistencial en el domicilio: salud emocional del cuidador principal, factores estresantes del cuidador familiar, salud espiritual, rendimiento del cuidador principal, preparación del cuidador principal domiciliario, posible resistencia del cuidador familiar y ejecución del rol técnico («aplicación de tratamientos, curas, vendajes, controles de constantes» y «valoración de las necesidades fisiológicas»), preventivo/de promoción (educativo) («actividades preventivas» y «actividades de educación para la salud») y psicosocial («valoración de necesidades y problemas sociales» y «abordaje de problemas emocionales tanto del paciente como del cuidador»).

En una revisión realizada de 33 estudios sobre intervenciones con cuidadores familiares (Bustillo et al., 2018) concluía que la mayoría de ellos pretenden mejorar el estado emocional y la sobrecarga del cuidador. Concretando que el contenido y desarrollo de las intervenciones no siempre está suficientemente especificado. Aquellas intervenciones que aparecen con más frecuencia son las psicoeducativas (Cristancho-Lacroix et al.,2015; Shen, 2015) e intervenciones psicosociales (Brown et al, 2016), también utilizan la entrevista clínica para

resolución de problemas (Otero et al, 2014) e incluso videos y llamadas telefónicas (Steffen y Gantl, 2016).

Nuestros resultados manifiestan un doble enfoque en las actividades proporcionadas de formación e información. Por un lado, dotando a las cuidadoras como un “recurso” en la atención de las personas de edad avanzada, y por otro lado, cuidadoras como “paciente”, donde se atendieron las propias necesidades sobrevenidas por el rol cuidador. Estos cuidados ofrecidos a las cuidadoras como recurso incluyen, conocimientos e información sobre la enfermedad, higiene de una persona encamada, cambios posturales, dieta adecuada a sus condiciones, medidas preventivas y de seguridad, (Adelman et al., 2014; Espinoza y Jofre, 2012). La atención de la cuidadora como “paciente”, queda reflejado en la literatura en numerosos estudios, la mayoría de ellos miden sobrecarga, bienestar, apoyo social percibido, percepción de estrés o salud física entre otros, como refleja el estudio realizado por Delgado et al., (2014).

Las enfermeras analizadas describieron, lo que diversos estudios ya identificaban dentro de la literatura (Rodríguez-González et al., 2017), la existencia de atributos, además de los comentados anteriormente en la esfera personal, que también intervienen en el proceso de aprendizaje de las cuidadoras: la falta de fuerzas o motivación, las historias previas entre familiares, la sobrecarga o la carga emocional, la falta de apoyo familiar y las relaciones dificultosas.

Así pues, el conflicto o ausencia de armonía familiar tiene consecuencias negativas en el receptor de los cuidados, que recibe menos apoyo, y en la cuidadora, que percibe una mayor carga. En (Lizarraga et al., 2008), realizan una intervención psicoterapéutica con el fin de mejorar el estado emocional con un enfoque cognitivo-conductual, teniendo en cuenta el modelo de estrés aplicado al cuidado de Pearlín (Deví y Ruiz,2002; Pearlín et al.,1990). Este modelo toma como variables condiciones del contexto similares a nuestro estudio: entre otros, las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar, y la relación previa con la persona que atiende y como estresores y variables moduladoras el apoyo social.

Del estudio de (Bernal et al., 2018) se desprende al igual que muestran nuestros resultados, que la falta tanto de información como de motivación y el desconocimiento de la situación por parte de los cuidadores, hace necesaria la

educación sanitaria de éstos para evitar la dependencia y la excesiva demanda. Puchi y Jara (2015), coinciden con nuestros resultados, destacando en su estudio la importancia habilidades de comunicación con el binomio paciente-familia, intervenir en pro del cuidado del cuidador, promover las habilidades de cuidado del cuidador, potenciar las prácticas de promoción de la salud en domicilios y desarrollar los roles asistenciales.

Por otro lado, las intervenciones educativas en general han sido de especial interés en numerosos estudios de ámbito nacional e internacional a lo largo del tiempo (Azzolin et al., 2013; Guevara et al., 2011; Rojas-Sánchez et al., 2009). Muestra de esto es el estudio realizado sobre la comunicación enfermera con la familia (Pérez-Fernández et al., 2010) que presenta las intervenciones y actividades recogidas de la herramienta metodológica utilizada en nuestro estudio, NIC, coincidiendo en intervenciones como: Apoyo al cuidador principal, Fomento de la comunicación, Escucha activa o Implicación familiar.

No podemos obviar que el primer contacto, “la acogida”, con el paciente y su familia constituye un momento de gran importancia, el objetivo principal en este primer contacto no es otro que establecer una relación de confianza, una buena alianza. En este sentido Pérez et al., (2010), utiliza esta misma intervención “Fomento de la comunicación” en el Plan de cuidados enfermeros instaurado para la acogida de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, catalogándola como competencia de enfermería. Se desarrollan actividades que coinciden con las realizadas por las enfermeras participantes en nuestro estudio como son la actitud abierta y tolerante, transmitir disponibilidad en todo momento o tener una comunicación positiva tanto verbal como no verbal.

En un artículo sobre la valoración enfermera en el entorno familiar (Puchi y Sanhueza, 2015) se afirma que el objetivo primordial del profesional, consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso. La adecuada información constituye un requisito imprescindible puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones, resultados que coinciden con los hallados en nuestro estudio, en el que se describen las intervenciones más representativas como el “Asesoramiento”, “Escucha activa” y “Establecimiento de objetivos comunes”.

Los factores limitadores descritos, son en su mayoría aspectos relacionados con la falta de voluntad, edad avanzada de la cuidadora (Del Rio et al.,2017), el

estado emocional (López-Martínez et al., 2019), la sobrecarga (Flores et al., 2012), la situación social del núcleo familiar o las historias previas de malas relaciones. La falta de motivación y la sobrecarga son aspectos tenidos en cuenta en otros estudios (Martin-Carrasco et al., 2013; Ribeiro et al., 2017; Schönfeld et al., 2016), que afirman coincidiendo con nuestros resultados que resulta difícil la asimilación de nuevos conceptos e información a los cuidadores altamente afectados de nivel emocional. Un elemento extra de nuestro análisis, es que se describió como estos elementos limitadores, se podían identificar como facilitadores si existía una disponibilidad o voluntad fuerte de la cuidadora, y una existencia de una red de apoyo efectiva.

Si hacemos referencia a los factores facilitadores del aprendizaje que estaban en relación con actividades realizadas por enfermeras en domicilio, encontramos aspectos coincidentes con estudios de otros autores (Crespo y Rivas, 2015; Zarit et al., 2010), en el sentido de que la metodología utilizada debe de adaptarse, a las nuevas necesidades de los adultos, identificando sus características particulares y respetando su experiencia y conocimientos anteriores, es decir utilizando un lenguaje sin jerga sanitaria, explicando en todo momento el porqué de las instrucciones y manteniendo una retroalimentación.

En cuanto a factores limitadores del aprendizaje por parte de la enfermera y su entorno de trabajo hay unanimidad absoluta en todas las enfermeras participantes en el estudio. Entre los importantes destacar la falta de tiempo para la atención en domicilio y de recursos (Arcos -García et al., 2016; Otero –López et al., 2014).

Para finalizar constatar que la Atención domiciliaria, es considerada como una de las estrategias clave de Atención primaria donde el papel de las enfermeras es relevante (Adelman et al., 2014; Moral-Fernández et al., 2018; Otero et al., 2015). A pesar de ello, se ponen de manifiesto las dificultades para llevarlo a cabo relacionadas sobre todo con el déficit de servicios socio sanitarios y la coordinación con los mismos, además de las características que subyacen de la formación de los profesionales, de los contextos culturales, de la tipología de atención por el estado de las personas (edad avanzada, etapa final de vida, etc.), y de la formación recibida en la etapa pre-profesional.

Diversos estudios centrados en el proceso de morir y la muerte (de Dios-Duarte y Varela-Montero, 2019; Pérez-de la Cruz y Ramírez, 2020; Sharif et al., 2018;

Yang, 2016) reflejan las dificultades culturales, sociales y religiosas que enfrentan alumnado en Ciencias de la salud que atienden y acompañan a los pacientes y familiares durante este proceso. Atendiendo al segundo objetivo específico de nuestra tesis doctoral de conocer el componente cultural del cuidado al final de la vida, en los resultados de la **fase 2** se muestra las actitudes que tienen los alumnos ante el cuidado al final de vida en dos universidades de culturas, religiones y abordajes curriculares diferentes respecto a este mismo proceso, África-Europa, Senegal-España, Universidad de Hekima Santé-Universidad de Huelva. El principal elemento diferenciador de nuestras dos poblaciones es la cultura, condicionada a su vez por la religión que profesa cada una y como esto se refleja en la actitud del alumnado.

El acompañamiento del proceso final, así como la propia muerte es diferente en las poblaciones de estudio al estar influenciados por la cultura y la religión. Tanto en la cultura musulmana como en la cristiana, la salud es interpretada desde una concepción religiosa como un derecho que procede de Dios (Ahaddour et al., 2018). En la cultura musulmana, más prevalente en los alumnos de Hekima Santé, Alá es el responsable y quien dirige el cuerpo y la vida, a su vez es el encargado de crear la salud. Por ello, los musulmanes deben estar agradecidos por la salud que les ha sido dada por Dios (Lince-Rivera et al., 2018), sin embargo, en la cultura cristiana, mayoritaria en la población de estudio de la Universidad de Huelva, la concepción de la predestinación de la vida y el devenir de la misma no está tan presente.

La responsabilidad individual y las decisiones personales son las que verdaderamente determinarán la salud de las personas y no tanto la religión, esto coincide con lo acaecido en un estudio realizado en la Universidad del País Vasco (Brunet et al., 2003) en el cual las actitudes y creencias religiosas de los alumnos respecto a la salud, enfermedad o proceso final cada vez se apoyan menos en creencias religiosas para justificarlo, reflejando la transformación de la sociedad española donde los aspectos religiosos quedan relegados a un segundo plano en la esfera social, estando relacionados en la mayoría de casos con aspectos festivos. Esto explica como la universidad Hekima Santé tiene un porcentaje mayor de alumnos con afrontamiento a la muerte adecuado y óptimo que los de la Universidad de Huelva, a pesar que estos últimos poseen una mayor formación específica. Sin embargo, este afrontamiento percibido por el alumnado

de la universidad africana no se proyecta en competencias de carácter más objetivo como definir el concepto de muerte, y cuando lo hace, los conceptos que emplean están asociados al dolor y al sufrimiento, que son dimensiones alejadas de una actitud óptima y un afrontamiento a la muerte adecuado.

Con esta última idea podríamos enfatizar que en estudios con estudiantes universitarios que utilizan la misma herramienta para valorar las actitudes ante la muerte de Bugen, en los cuales la cultura no es el foco principal (Pérez-de la Cruz y García-Luengo, 2018; Zheng et al., 2020), se evidencia la necesidad de incluir en los planes de estudio de los futuros profesionales de la salud la capacitación específica en la atención al final de la vida, teniendo en la formación la única clave para un mejor afrontamiento. Sin embargo, en aquellos estudios como el nuestro donde la cultura es distinta (Parry, 2011; Sharif et al., 2018) se evidencia esta dimensión como eje principal.

La cultura se refleja, no solo en la concepción y afrontamiento ante el final de la vida, sino en la percepción personal y social que se tiene sobre un suceso y los profesionales que lo protagonizan. Por eso la necesidad de definir el autoconcepto que poseáis las enfermeras en medio de la crisis sanitaria por Covid19.

**La fase 3** da respuesta a la identificación de los elementos condicionante de la actitud de los proveedores de cuidado durante la pandemia. Durante esta fase se analizaron varios estudios (Kangasniemi et al., 2015; Puggina et al., 2015) que evidenciaron que la relación entre el autoconcepto profesional y el desempeño de los trabajadores genera satisfacción laboral y autonomía. En el mismo sentido otros autores (Vera, 2013) refieren insatisfacción laboral asociada a las condiciones organizativas y estructurales desfavorables, interfiriendo en el desempeño del rol y en la propia preparación profesional.

Autores como Sabanciogullari & Dogan (2017) incorporan a estos resultados la categoría del autoconcepto en el rol enfermero y como éste se ve afectado por las condiciones de trabajo, por sus características personales y por la experiencia del profesional en un entorno clínico, coincidiendo con nuestros resultados en los primeros momentos de la pandemia, donde el autoconcepto no se percibía positivo, valor que evolucionó al mejorar la comunicación entre compañeros y al darse la posibilidad de compartir miedos. Esta acción se traduce

en una cohesión del equipo, mejora de la comunicación, mayor visibilidad y empoderamiento de la profesión que los usuarios y la sociedad han manifestado. Coincidiendo con estos resultados, podemos observar en la literatura (Juárez-Adauta, 2012; Segredo, 2013) afirmaciones que relacionan el clima organizacional como estímulo para los trabajadores, haciéndolos sentir como una parte fundamental en la sostenibilidad de la institución, comprometiéndose con ella no sólo con incentivos de tipo económico, sino con reconocimientos de tipo personal, que se sientan respaldados por la organización, motivados, de esta forma serán más responsables y podrán desplegar toda su creatividad en aras de alcanzar las metas y objetivos del propio sistema. En esta misma línea es importante destacar como la coordinación interprofesional es un reflejo de la cohesión del grupo y esto a su vez desprende que los miembros del equipo tengan objetivos compartidos y respeto mutuo, utilizando una comunicación oportuna, precisa, frecuente y centrada en la resolución de problemas (Costa et al., 2020). En definitiva, esta crisis ha posibilitado implementar soluciones organizativas innovadoras que han contribuido entre otros a reducir el número de ingresos hospitalarios y los costes en cuidados institucionalizados.

Por otra parte, Losa y colaboradores (2012), en un estudio desarrollado en 2012 demostraron que la experiencia profesional conduce a un aumento de la autoestima, así como a una reducción de los sentimientos de estrés, ansiedad y agotamiento, tesis que coincide con nuestros resultados.

Si hacemos referencia al concepto de aprendizaje, las enfermeras entrevistadas se han sentido como parte imprescindible de la misma durante la pandemia, solucionando dudas y evitando teorías conspiradoras e informaciones erróneas. Esta misma idea se ha reflejado en otro estudio (Mian y Khan ,2020), donde se afirma que las enfermeras además de instruir la información básica respecto a la reducción, la transmisión y la exposición al virus, han reconducido la información confusa difundida por fuentes no acreditadas. A su vez, destacan el papel fundamental de los profesionales de Atención Primaria para gestionar, educar y abordar las preocupaciones de los usuarios. La Atención Primaria se encuentra en una posición clave para transmitir información basada en la evidencia sobre la prevención del virus y promoción de la salud. En la misma línea otro estudio (Costa et al., 2020) hace referencia a la figura de la enfermera en esta pandemia como parte integral del trabajo colectivo, proyectando la perspectiva del

autocuidado como calidad de vida y protección contra el nuevo coronavirus, la participación y el control social, la integralidad de las acciones de salud individuales y colectivas y, por último, la inclusión en la educación.

Respecto al soporte emocional del paciente y la familia desarrollados durante esta crisis sanitaria, nuestros resultados han sido determinantes, por la asociación de éstos con su nivel de autoestima, sumándose a esto la contrapartida que el usuario aumenta la seguridad y confianza en la propia enfermera y por ende en el sistema sanitario. En este sentido, Losa Iglesias et al., en otro de sus estudios, (2017) refiere que las enfermeras con mayor autoestima tuvieron un mejor rendimiento en situaciones desagradables y una comunicación más efectiva con los pacientes. Esto también se refleja en nuestro estudio, dándole valor al considerarse este colectivo como pieza clave en el acompañamiento y soporte emocional del paciente, siendo el muro de contención del sistema durante el período de confinamiento. Un estudio realizado en Bogotá (Fuentes-Bermúdez, 2019), indica que la magnitud de las personas afectadas en esta pandemia y la alta carga laboral exponen particularmente a las enfermeras a riesgos relacionados con su labor en los diferentes servicios. El cuidado de enfermería exige un estrecho contacto con las personas enfermas, lo que conlleva riesgos biológicos y la posibilidad de infectarse, pero también la alta carga emocional de participar en ambientes de cuidados complejos y en situaciones críticas para pacientes y familias, a su vez estas situaciones demuestran el compromiso de los profesionales y de la propia profesión con la vida humana.

Estudios como el de Keshmiri y colaboradores (2020), coinciden en este mismo hecho, afirmando que la profesionalidad de la enfermería ha priorizado el interés del paciente sobre el del propio proveedor. Además de esto, este colectivo se ha destacado por su autonomía en la toma de decisiones en este proceso COVID19, subrayando esta habilidad como esencial del rol enfermero en la práctica clínica (Farcic et al., 2020).

Las enfermeras afirman que su profesión es muy importante en la atención sociosanitaria por el contacto directo y cercano que se tiene con los pacientes y la familia (Greenhalgh et al., 2020), y con la realidad que se ha desarrollado en este tiempo de Pandemia, pero que necesitan el apoyo institucional para ofrecer

unos cuidados culturalmente competentes cuando la situación del entorno dificulta la práctica natural.

Respecto a los resultados de la **fase 4**, referimos que la pandemia por Covid 19, ha evidenciado que las despedidas, que cursan con una dimensión individual y social, se han visto eliminadas, suscitando una intensificación de síntomas del duelo familiar. Esta fase ha permitido terminar de dar respuesta a los objetivos de esta tesis, describir el rol de la enfermera en la atención del paciente y familia en el proceso final de vida. Se han visto afectados todos los actos alrededor de la pérdida, tan significativos para el doliente como disponer del apoyo social o poder desarrollar con normalidad los rituales propios de nuestra comunidad (velatorios, ceremonias religiosas o rituales familiares...) (Lacasta y Aguirre, 2020). Nuestra cultura, inminentemente simbólica, ha suscitado una sociedad necesitada de estos rituales para afrontar las despedidas. Por ello es indispensable adaptar esas expresiones simbólicas a las circunstancias que estamos viviendo actualmente. Diversos autores (Catania-Opris, 2016; Glajchen y Goehring, 2017), (refieren la necesidad de compartir la experiencia como un elemento social, que posea un lugar, un tiempo y un reconocimiento en el entorno, así como la importancia de recibir gestos que manifiesten el acompañamiento y la empatía de aquellos que han influido de alguna manera en el proceso (Barbero et al., 2014). Todo esto solo se podrá llevar a cabo a través de medidas adaptativas, tales como el uso de las redes sociales, la elaboración de diarios, las cartas de condolencia o la cercanía entre iguales (Bartone et al., 2019; Efstathiou et al., 2019). La información a la familia es indispensable para asegurar un abordaje correcto y temprano, pero a su vez suscita un proceso complejo, en el que se ponen en acción múltiples valores a tener en cuenta. Glajchen y Goehring (2017) indican que la comunicación entre el binomio sanitario-familia debe ser fluida y efectiva, tratando los puntos más controvertidos del proceso (miedos, sentimientos y conspiración), a lo que Rückholdt et al. (2019), añaden que debe poseer un elemento temporal que priorice y asegure una comunicación

temprana y el abordaje individualizado de cada familia; cada familia necesita su espacio, su tiempo<sup>3</sup> y su interpretación personal (Lacasta y Aguirre, 2020; Ruiz-Fernández et al., 2017). A pesar de ser un ejercicio de extrema complejidad en

cualquier situación, y mucho más agravado en las circunstancias actuales, es necesario si queremos asegurar un afrontamiento eficaz.

La intervención durante la pérdida y el duelo es una competencia enfermera que, en la actualidad de esta pandemia, retoma una especial atención. La familia y el tejido social que rodea al paciente están en un aislamiento alejado de su voluntad, por lo que nuestra práctica debe estar orientada a suplir este fenómeno, incidiendo en un acompañamiento del paciente y familiar que favorezca un afrontamiento eficaz, así como una preparación al duelo.

De la misma forma debemos trabajar en equipo, favoreciendo un abordaje multidisciplinar (Efstathiou et al, 2019), así como una adaptación metodológica ante la nueva situación. Si el contacto físico, la reunión entre personas, la comunicación directa entre paciente y familia es imposible de llevarse a cabo, debemos utilizar estrategias virtuales que suplan las intervenciones presenciales (Catania-Opris, 2016). La experiencia de unidad, de sentirse parte de un grupo, de trabajar de manera unánime con otras disciplinas, así como de tomar decisiones de manera consensuada, suponen elementos preventivos en el abordaje del duelo (Glajchen y Goehring, 2017). Además, la formación, la investigación y la práctica clínica basada en la evidencia es contemplada por varios autores (Efstathiou et al., 2019; Glajchen y Goehring, 2017) como elementos indispensables para ofrecer unos cuidados seguros y prevenir elementos que dificulten el afrontamiento, como pueden ser la información contradictoria, los diagnósticos contradictorios o la esperanza infundada.

En definitiva, el final del proceso de vida genera en el paciente y en la familia un conjunto de reacciones a las cuales el personal sanitario debe dar respuesta.

La labor enfermera, que determina el rol que desempeña en la sociedad, es clave para el abordaje de necesidades en situaciones especiales, como son los procesos finales de vida y el acompañamiento integral de paciente y familia, entendiendo que el componente cultural envuelve todo lo que la sociedad, la familia, el propio paciente y las enfermeras entiende por salud, enfermedad, vida y muerte. Solamente una enfermera culturalmente competente, con una formación especializada que sepa identificar las necesidades sobrevenidas del final de vida, podrá ofrecer unos cuidados culturalmente competentes y asegurar una muerte digna, a pesar de las situaciones excepcionales que acontezcan. Este entrenamiento debe tener una visión a largo plazo, y un enfoque de

autocuidados, dotando, a través de intervenciones educativas a la familia y cuidadoras, de los conocimientos, habilidades y actitudes que los empoderen a ofrecer cuidados en toda circunstancia.





**CAPITULO 8.**  
**CONCLUSIONES**



El rol que desempeña la enfermera en el contexto del hogar es crucial en su labor asistencial y en el abordaje integral de los pacientes a los que atiende, resaltando de manera especial, la labor con la familia de pacientes que están en el final de vida. El ambiente que exista en este contexto, determina en gran manera la utilidad o éxito de las tareas que desempeñan. Aspectos como la falta de voluntad o motivación, las malas relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, la elevada carga de trabajo, la tensión emocional o la falta de apoyo familiar son identificadas como factores limitantes en la intervención educativa. Es necesario la identificación de elementos que faciliten el aprendizaje, y aseguren, no solo el cuidado del paciente, sino el acompañamiento durante cada una de las etapas de la vida. El uso de un lenguaje libre lenguaje técnico acercando la realidad al paciente, explicando en todo momento el razonamiento detrás de las instrucciones dadas y fomentar la retroalimentación de los cuidadores son estrategias indispensables para asegurar unos cuidados de salud de calidad y eficaces.

Cuando la enfermera cuida en el hogar, debe adaptar sus recursos al entorno que la rodea, y tomar a agentes claves del propio contexto que aseguren la continuidad de los cuidados que ofrece, por esto el apoyo del cuidador principal es crucial. Para poder hacerlo partícipe de todo el proceso se requiere el diseño de estrategias innovadoras centradas en las necesidades individuales de los cuidadores que viven en el hogar con el paciente.

Ofrecer intervenciones educativas efectivas, es indispensable identificar las características de estos, sus necesidades específicas y del entorno, los conocimientos que poseen, los recursos, las habilidades y motivación, acordando juntos objetivos alcanzables y desarrollarlo a través de métodos sostenibles, que respeten el entorno, al paciente y a la propia familia.

Este acompañamiento educativo que desarrollan las enfermeras en el entorno domiciliario se ve obstaculizado por la escasez de tiempo que tiene para estar con el cuidador y el paciente, la falta de coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinar, la comunicación interna, el tipo de pacientes a los que atienden, la cultura que envuelve de significados la experiencia que están viviendo y la falta de formación específica.

Algunos de estos elementos limitantes de la labor asistencial están condicionados por el aprendizaje cultural que tenemos del concepto de vida y de muerte, y de como debemos afrontarla.

Abordar el significado de la muerte de cada uno de nuestros pacientes o familiares, es una ardua tarea, pero identificar patrones comunes que las sociedades replicamos en el afrontamiento personal y comunitario ante la muerte, nos ayuda como profesionales, a no solo dar un mejor acompañamiento, sino a otorgar mejores herramientas que aseguren un final digno a las personas que atendemos.

Esta investigación nos ha presentado tres patrones a los que podemos atender, la concepción cultural de la muerte y como esta dirige en gran manera el posicionamiento del profesional, del paciente y de la familia; la potencialidad de la religión y espiritualidad en estos momentos del desarrollo vital, especialmente cuando consideramos culturas donde la religión dirige no sólo la dimensión espiritual del individuo, sino que influye en su ámbito económico, educativo y familiar; y por último, la formación especializada en afrontamiento a la muerte.

Desde la etapa pre-profesional es imprescindible formar a los estudiantes en estas competencias, hacerlos consciente de la finitud del ser humano, y ayudarlos a gestionar su propio afrontamiento con la muerte, para poder estar aptos para acompañar y educar a paciente y familia en diversos entornos sanitarios.

Somos una sociedad plural, donde una crisis sanitaria excepcional sin precedente (ocasionada por la Pandemia por Covid-19) ha evidenciado la necesidad de acompañamiento al final de la vida.

Los profesionales de la salud deben estar preparados para proporcionar una atención culturalmente competente y deben poseer una seguridad en su labor que los impulse a ofrecer unos cuidados de calidad a pesar de las circunstancias del entorno que los rodeen.

En el año 2020 el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, en su deseo de describir y resaltar la identidad del colectivo enfermero como prioridad del sistema sanitario, creó la campaña internacional Nursing Now, que consistía en designar ese, como el año de las Enfermeras, sin saber que entraríamos en una crisis sanitaria sin precedente.

El valor que las propias enfermeras tenían sobre sí mismas, su autoconcepto y autorresponsabilidad, añadidos con el valor que la sociedad le ha atribuido en estos tiempos de pandemia, han sido elementos protectores para el acompañamiento de pacientes en situaciones críticas. Para los pacientes y cuidadores, este colectivo ha representado un recurso y una fuente de apoyo y acompañamiento indispensable.

Las situaciones histórico-culturales son oportunidades para seguir desarrollando el rol enfermero en la sociedad y emplear estrategias de coordinación socio-educativas para acercar la labor asistencial al hogar.

Los profesionales de enfermería son claves para sostener el sistema sanitario, fortaleciendo con su labor asistencial y educativa, el cuidado de las personas que fallecen y el autocuidado de aquellos que los acompañan en este tramo final. Este entramado de necesidades que se manifiestan al final de la vida, y que se ha visto agudizado por la crisis sanitaria que estamos viviendo, hace necesaria una readaptación a los recursos que ya poseíamos.

Rituales sencillos que se hacían imprescindibles en la despedida de un ser querido, como el funeral, la misa fúnebre, el acompañamiento al velatorio y al tanatorio, ahora se han visto paralizados, lo que ha generado en las personas dificultad para desarrollar el duelo natural por la pérdida.

Es responsabilidad de las enfermeras continuar con su formación especializada, atendiendo a las nuevas necesidades que la sociedad evidencia, además debemos seguir fortaleciendo el rol enfermero, dirigiéndonos a una enfermería que crea ciencia y que es ciencia, en definitiva, una enfermería basada en la evidencia.

Debemos mejorar los canales de comunicación en todos los niveles, (profesional-profesional, profesional-familia, profesional-paciente), asegurándonos que la cultura no es una barrera que discrimine en nuestros cuidados. Además, adaptarnos a las barreras que puedan ir surgiendo, asegurando, que nuestros cuidados al paciente y familia, no están condicionados por las dificultades externas (Pandemia, recursos, crisis, etc...), sino por las necesidades internas que presenta el acompañamiento al final de la vida.

Para ello debemos generar herramientas sustitutivas que se adaptan a los recursos que ya la sociedad tiene, como son las redes sociales, los recursos de

la globalización, la formación continuada, el acompañamiento entre iguales, el apoyo terapéutico, reconocimiento público, etc....

En definitiva, desarrollar el rol enfermero requiere de un compromiso profesional, personal, social y cultural que asegure que a pesar de las circunstancias que rodeen nuestro trabajo, seguiremos ofreciendo cuidados culturalmente competentes y ajustados a las necesidades en cualquier momento del ciclo vital de una persona y su familia.



# CHAPTER 8. CONCLUSIONS



The role played by nurses in the home context forms a crucial part of their care duties and in the comprehensive approach they take to the patients they attend. This highlights, especially, the importance of their work with the family of patients who are at the end of life. The environment that exists in this context determines, to a large extent, the usefulness or success of the tasks they carry out. Aspects such as the lack of will or motivation, poor inter-personal relationships between family members, elevated workload, emotional tension and lack of family support have been identified as limiting factors in educational intervention.

It is necessary to identify the elements that facilitate learning and ensure, not only patient care but, also, accompaniment during each stage of life. Using non-technical language to bring patients closer to reality, explaining at all times the reasoning behind all instructions given and encouraging feedback from caregivers are crucial strategies for ensuring quality and effective healthcare.

When nurses work in the home context, they must adapt their resources to the setting that surrounds them and take key agents from the context itself in order to ensure continuity of the care on offer. For this, primary care support is crucial. To be able to make this a part of the whole process, innovative strategies must be designed that are focused on the individual needs of carers living in patients' homes.

In order to provide effective educational interventions, it is crucial to identify effective characteristics, specific needs of the recipient and setting, and recipient knowledge, resources, abilities and motivation. Achievable objectives should be agreed on in union and developed through sustainable methods, which respect the setting, patient and patient's family.

The educational accompaniment provided by nurses in the home setting faces obstacles such as lack of time to be with the carer and the patient, lack of coordination between multi-disciplinary team members, internal communication, the type of patients being attended to, the culture that envelops the lived experience with meaning, and lack of specific training.

Some of the limiting elements of care work are conditioned by the learning culture that we have in relation to the concept of life and death, and the way in which we should face up to it.

Addressing the meaning attributed to death by each patient or relative is an arduous task, however, identifying common patterns that are replicated by

societies in relation to personal and community coping with death helps us as professionals. This is not only true with regards to providing better accompaniment but, also, to provide better tools that ensure a dignified end for the individuals receiving care.

The present research uncovers three patterns that can be addressed. These are cultural conceptions of death and the way in which this directs, to a large extent, the standpoint taken by the professional, patient and the family; the power of religion and spirituality at these vital moments of development, especially when we consider cultures in which religion not only directs the spiritual dimension of individuals but, also, influences their economic, educational and family ambit; and, finally, specialised training on coping with death.

From the pre-professional stage, it is crucial to train students in these skills, make them aware of the finite nature of human beings and help them manage their own approach to coping with death. This will enable them to accompany and educate patients and their family in diverse health settings.

We are a plural society living at a time in which an exceptional and unprecedented health crisis (caused by the Covid-19 pandemic) has evidenced the need for end-of-life accompaniment.

Health professionals must be prepared to provide culturally competent care and must feel secure enough in their work to be driven to offer quality treatment despite the difficult circumstances of the environment surrounding them.

In the year 2020, the International Council of Nurses and the World Health Organization, in their desire to describe and outline the collective nursing identity as a priority of the health system, created the international Nursing Now campaign. This consisted of promoting the 'Year of the Nurse', without knowing that we would soon be entering into an unprecedented health crisis.

The value held by nurses about themselves, their self-concept and self-responsibility, added to the value attributed to them by society in this pandemic era, have been shown to act as protective elements for the accompaniment of patients in critical situations. For patients and carers, this group has represented a resource, and a source of support and crucial accompaniment.

Historical and cultural situations provide opportunities to keep developing the role of nursing in society and to employ socio-educational coordination strategies which move care work closer to the home.

Nursing professionals are key to sustaining the health system, reinforcing, through their care and educational work, the care given to individuals who pass away and the self-care of those who accompany them on this final stretch.

This network of needs that is manifested at end-of-life and that has been sharpened by the health crisis we are currently living, means that a re-adaptation is needed of the resources we already possess.

Simple rituals that were crucial when saying goodbye to a loved one, such as the funeral, funeral mass, and accompaniment to the wake and the funeral home have now been stopped in their tracks. This has led to challenges for many individuals when it comes to going through natural grief processes for loss.

It is the nurse's responsibility to continue with their specialised training, attending to new needs evidenced by society. In addition, we must continue strengthening the nursing role, turning towards a type of nursing that creates science and is science. In other words, evidence-based nursing.

We must improve channels of communication at all levels (professional-professional, professional-family, professional-patient), ensuring that culture does not become a discriminative barrier to care. Further, we must adapt to the barriers that may arise, ensuring that the treatment we give to patients and family is not conditioned by external difficulties (pandemic, resources, crisis, etc...) but by the internal needs presented by end-of-life accompaniment.

For this reason, we must generate new tools that are adapted to existing resources in society, such as, social networks, globalisation resources, continued training, peer accompaniment, therapeutic support, public recognition, etc....

In summary, developing the nursing role requires professional, personal, social and cultural commitment to ensure that, despite the circumstances in which our work is performed, we continue to offer culturally competent care that is adjusted to the needs of individuals and their families at all stages of the lifecycle.





CAPITULO 9.  
IMPLICACIÓN  
PARA LA  
PRÁCTICA Y  
LÍNEAS FUTURAS



Abordar esta tesis doctoral ha supuesto un gran enriquecimiento personal y profesional, así como una responsabilidad a la hora de plasmar la transferencia de los resultados obtenidos en intervenciones futuras puramente clínicas y de investigación.

En cada una de las fases se han detectado nuevas demandas de salud que deben ser abordadas desde nuestra disciplina con propuestas estratégicamente alcanzables.

Los resultados de la fase 1 nos han permitido conocer las intervenciones educativas de las enfermeras en la atención de la familia y el paciente, e identificar que elementos facilitan y dificultan esta labor. Esto nos ha llevado a identificar qué piezas del sistema son necesarias modificar para asegurar unos cuidados de calidad.

Las enfermeras identifican como elemento fundamental la motivación en el trabajo, pero también exponen como las circunstancias que las rodean, la amplia carga laboral y el abordaje tan específico de esta población vulnerable, son elementos que juegan en su contra. Esta realidad nos suscita la inminente necesidad de la atención temprana y específica de las enfermeras de atención primaria, que blinden su labor, entendiendo que lo que trabajan con la familia y el contexto es una ganancia social que reduce riesgos futuros.

Para ellos, hemos generado diversos cursos especializados en acompañamiento al final de la vida, con el fin de dotar a la población de recursos que fomenten la calidad humana y asistencial, con el fin de evaluar la competencia cultural con instrumentos validados pre y post intervención. Hemos obtenido subvenciones para proyectos de investigación, docentes y sociosanitarios que siguen esta misma línea, creando así una comunidad compasiva, detectando y formando agentes claves de nuestro entorno, que acompañen a personas que se encuentren en el proceso final de la vida.

Profundizar en el componente cultural de los cuidados ha generado un doble enriquecimiento, por un lado, la comprensión de la tela de araña de significados que refería Durheim cuando hablaba de la cultura, y de la influencia de la misma en los procesos de salud-enfermedad y en el proceso final.

Los resultados de la segunda fase nos han manifestado el poder de la cultura frente a otros elementos como la formación. Por ello, existe una necesidad inminente de transformar la educación de grado, tal y como hasta ahora la

estábamos entendiendo. El encuentro cultural es el que da sentido a los conocimientos teóricos impartidos, por ello proponemos la elaboración de un itinerario formativo donde el contacto con otras culturas y con sus protagonistas sean el eje central de la formación. Para ello sería necesaria la inclusión de metodologías activas de formación, basadas en casos reales, simulaciones que acerquen la realidad vivida por el otro, potenciando el debriefing posterior como elemento generador de nuevas intervenciones en el cuidado transcultural. Se necesitan investigaciones sobre el impacto de estas metodologías en el desarrollo de la competencia cultural, la reflexión crítica y la toma de decisiones. Gracias a la relación intercultural establecida durante la estancia de investigación, creemos en la oportunidad de realizar acuerdos universidad-empresa-ONGs, donde el alumnado que lo desee, pueda desarrollar parte de sus prácticas asistenciales en otros entornos culturales.

Esta investigación ha evidenciado el cambio social que la figura de la enfermera tiene en la sociedad, pero ha manifestado la importancia de la autopercepción como eje central del “como nos ve el otro”. Por ello estamos implicadas, no sólo en formar al alumnado en la máxima calidad docente, sino en dotarlos de herramientas que los involucren en el crecimiento de la ciencia enfermera. Acercarlos a la investigación en cada una de las asignaturas que cursan durante el grado, forma parte de los nuevos retos presentes en este compendio de publicaciones, así como fomentar en ello la labor científico- creativa, donde, basándose en las evidencias ya existentes, creen nuevas propuestas que atiendan las necesidades sociales, personales y profesionales que acontezcan.

La pandemia mundial, ha generado un nicho de investigación extenso, y tras los resultados presentes en esta tesis, hemos abierto nuevas líneas de investigación, que pretenden seguir conociendo el impacto de la pandemia en la sociedad, atendiendo de manera específica al proceso de fin de vida.



**CAPITULO 8.  
BIBLIOGRAFÍA**



Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*, (22).

ACNUR (2019) Informe global 2019. (2020, 11 de octubre). [https://www.acnur.org/es-es/publications/pub\\_inf/60959f334/informe-global-2019.html?query=CAUSAS%20MUERTE%20ÁFRICA%20SUBSAHARIANA](https://www.acnur.org/es-es/publications/pub_inf/60959f334/informe-global-2019.html?query=CAUSAS%20MUERTE%20ÁFRICA%20SUBSAHARIANA)

Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304

Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (2005). *Libro Blanco. Proyecto de la Titulación de Enfermería*. Madrid. Disponible en <http://www.aneca.es/>

Ahaddour, C., & Broeckaert, B. (2018). "For every illness there is a cure": Attitudes and beliefs of Moroccan Muslim Women Regarding Health, Illness and Medicine. *Journal of religion and health*, 57(4), 1285-1303. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0466-1>

Ahaddour, C., & Broeckaert, B. (2018). "For every illness there is a cure": Attitudes and beliefs of Moroccan Muslim Women Regarding Health, Illness and Medicine. *Journal of religion and health*, 57(4), 1285-1303. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0466-1>

Arcos-García, C. M., Rubio-Hernández, A., & Nieto-Alcaraz, R. (2016). La comunicación con el familiar del paciente dependiente. Actuación de enfermería. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 324-330. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3456>

Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., De Souza, E. N., De Fátima Lucena, A., & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26(4), 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.08.003>

Barbero, J., Alameda, A., Díaz L, Jiménez, M., García, H. (2014). Las cartas de condolencia: marco conceptual y protocolo. *Medicina Paliativa*, 21(4), 160-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.006>.

Bartone, P. T., Bartone, J. V., Violanti, J. M., & Gileno, Z. M. (2019). Peer support services for bereaved survivors: a systematic review. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 80(1), 137-166. <http://dx.doi.org/10.1177/0030222817728204>.

Bernal, N. H., Becerra, J. B., & Mojica, C. M. (2018). Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista cuidarte*, 9(1), 2045-2058. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.479>.

Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J., & Willis, E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation

comparison. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 33-41.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12514>

Bohórquez, V. C., Castañeda, B. A., Trigos, L. J., Orozco, L.C., & Camargo, F. A. (2011). Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista cubana de enfermería*, 27(3), 210-219.

Bonill de las Nieves, C., & Celdrán Mañas, M. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de enfermería*, 21(3), 160-164. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>

Boss, P., Bryant, C. M., & Mancini, J. A. (2016). *Family stress management: A contextual approach*. Sage Publications.

Bourgeois, M.S, Schultz, R. & Burgio, L(1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer disease: a review and analysis of content, process, and outcomes. *J. Aging Human Development*,43,35-92.

Brito, R. (2020). En los límites de lo cotidiano: A propósito del covid-19 en atención primaria. *Ene*, 14(1).

Brown, K. W., Coogle, C. L., & Wegelin, J. (2016). A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging & mental health*, 20(11), 1157-1166.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1065790>

Brunet, R. C., García, J. T. L., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, (2), 0.

Brunner, L.S., Bare, B., Smeltzer, S. & Smith, D. (2011). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie 1: Généralités. Vol. 1*. Santé. Groupe de Boeck.

Bugen, L. A. (1980-81). Coping: Effects of death education. *Omega-Journal of Death and Dying*, 11(2), 175-183.

Bustillo, M., Gómez-Gutiérrez, M., & Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>

Cacha, A. A. (2020). Enfermería, el reconocimiento de una profesión a través de la práctica. *Conocimiento Enfermero*, 3(08), 1-2.

Campinha-Bacote, J. (2011). Coming to know cultural competence: An evolutionary process. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42-48. DOI: 10.20467/1091-5710.15.3.42

Cantin, B., Luethi, F. T., Foley, R. A., Palacios, M., & Pereira, J. (2009). Cours de soins palliatifs à des étudiants de 4e année de médecine à Lausanne: cadre d'évaluation et résultats. *InfoKara*, 24(1), 3-10. <https://doi.org/10.3917/inka.091.0003>

Cárdenas, C. P., y Blanco, B. L. G. (2016). Claudicación familiar con pacientes oncológicos en etapas avanzadas de la enfermedad. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(1).

Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultural de los cuidados*, 19 (42): 128-136. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>

Catania-Opris, C. (2016). *Social grief: A grounded theory of utilizing status updates on facebook as a contemporary ritual* (Tesis doctoral). Nova Southeastern University.

Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., & Lorenzo Ruíz, A. (2017). Implementation of the Psychological Intervention program in Resilience for Informal Caregivers of Patients with Alzheimer's Dementia PIRCA. *Universitas Psychologica*, 16(2), 117-128.

Cheng, K., Conley, T., & Ziegler, A. (2014). Interpersonal relationships influence ethnic identification among Asian-American women. *Group Processes & Intergroup Relations*, 17(1), 100-109. <https://doi.org/10.1177/1368430213493485>

Choi, J. S., & Kim, J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse education in practice*, 29, 159-162. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007>

Coelho, A., de Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current opinion in supportive and palliative care*, 12(1), 52-57. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000321>

Coira, G., y Bailon, E. (2014). La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Atención Primaria*, 46(6), 271–272. Doi: [10.1016/j.aprim.2014.05.003](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.003)

Consejo Internacional de Enfermeras. (2020, 14 de mayo). <https://www.icn.ch/es>

Costa, R., Lino, M. M., Souza, A. I. J. D., Lorenzini, E., Fernandes, G. C. M., Brehmer, L. C. D. F., ... & Gonçalves, N. (2020). Enseñanza de enfermería en tiempos de COVID-19:¿ cómo reinventarla en este contexto?. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0002>

Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud*, 26(1), 9-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>

Cristancho-Lacroix, V., Wrobel, J., Cantegreil-Kallen, I., Dub, T., Rouquette, A., & Rigaud, A. S. (2015). A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e117. [doi:10.2196/jmir.3717](https://doi.org/10.2196/jmir.3717)

Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62.

Davis, D., & Brayne, C. (2015). Ageing, health, and social care: reframing the discussion. *Lancet* (London, England), 385(9979), 1699. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60466-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60466-4)

de Dios-Duarte, M. J., & Varela-Montero, I. (2019). Afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Educación Médica Superior*, 33(1).

De la Rica Escuin, M. L., Navarro, E. B. G., Salvador, I. G., María, J., & Alapont, E. C. (2020). Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19. *Medicina paliativa*, 27(3), 181-191. DOI: 10.20986/medpal.2020.1162/2020

Decreto 137/ 2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm.52 del 4 de mayo de 2002, pp. 7127 a 7134. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>

Del Río Lozano, M., García-Calvente, M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality Of Life Research*, 26(12), 3227-3238. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>

del-Pino-Casado, R., Millán-Cobo, M. D., Palomino-Moral, P. A., & Frías-Osuna, A. (2014). Cultural correlates of burden in primary caregivers of older relatives: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 176-186. <https://doi.org/10.1111/jnu.12070>

Delgado, E., Suárez, O., de Dios., R, Valdespino., I, Sousa, A., y Braña, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen-Medicina de Familia*, 40(2), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.04.006>

Deví, J., y Ruiz, I. (2002) Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 31–37.

Díez-Manglano, J., de Isasmendi Pérez, S. I., Gómez, M. R., Formiga, F., Muñoz, L. S., Herrero, J. C., ... & Liaño, F. P. (2019). Cuidados en los últimos días de vida en los pacientes hospitalizados en medicina interna. *Revista Clínica Española*, 219(3), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.06.010>

Dochterman, J. M. C., Bulechek, G. M., & Iowa Intervention Project. (2004). Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, Mo: Mosby.

Efstathiou, N., Walker, W., Metcalfe, A., & Vanderspank-Wright, B. (2019). The state of bereavement support in adult intensive care: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of critical care*, 50, 177-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.026>.

Escobar Castellanos, B., & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (33), 73-87.

Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>

European Cancer Organisation (2021, 17 de enero). Diagnóstico precoz de cáncer durante la pandemia por Covid19. <https://www.europecancer.org>

Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3059. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>

Fernández, I., Arnay, J., & Marrero, J. E. (2018). El envejecimiento constructivo y la educación crítica de personas adultas y mayores: explorar en la construcción de la propia vida. *Anales en Gerontología*, 10, 74–99.

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

Fuentes-Bermúdez, G. P. (2019). Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19(1), e017. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i1.2970>

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14839>

García-Carpintero Blas, E., Siles González, J., Martínez Roche, M. E., Martínez Miguel, E., Manso Perea, C., & Álvarez Embarba, B. (2017). Metodologías de enseñanza-aprendizaje en enfermería: ¿Es el portafolio una metodología acorde con el Espacio Europeo de Educación Superior? *Revista Enfermería Docente*, (108):24-28.

García-Mendoza, V. A., Picazo-Cantos, J., Ballesteros-Merino, M., Pérez-Griñán, L., Moro-Lago, I., Martínez-Ruiz, M., & Téllez-Lapeira, J. M. (2020). ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 7-14.

García-Navarro, E. B. (2015). *Competencia cultural en salud: conocimientos, practicas y actitudes ante los cuidados culturales* (Tesis doctoral). Universidad de Huelva.

García-Navarro, E. B., & da Costa, E. M. T. (2017). Attitudes of undergraduate nursing students to cultural diversity:(Portuguese-Spanish) in a transboundary context. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.076>

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2012). *Home care across Europe: current structure and future challenges*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

Giménez, G. (2007). Estudios sobre la cultura y las identidades sociales. *En un recorrido a través del concepto de cultura* (pp.478). Conaculta-Iteso.

Giménez, G. (2015). La cultura como identidad y la identidad como cultura. *Consejo Nacional de la Cultura y las Artes*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.

Glajchen, M., & Goehring, A. (2017, December). The family meeting in palliative care: Role of the oncology nurse. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 33, No. 5, pp. 489-497). WB Saunders. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.007>.

González, C. M. M. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Revista Ene de Enfermería*, 7(2).

Greenhalgh, T., Koh, G. C. H., & Car, J. (2020). Covid-19: a remote assessment in primary care. *bmj*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>

Guevara, S. L. R., Estupiñan, J. P. S., & Díaz, L. J. R. (2011). Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 20-30.

Hall, S., Kolliakou, A., Petkova, H., Froggatt, K., & Higginson, I. (2011): Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007132.pub2>

Ham, C., Dixon, A. & Brooke, B. (2012). *Transforming the delivery of health and social care. The case for fundamental change*. The King's Fund.

Horta, A. L. D. M., y Fernandes, H. (2018). Família e crise: contribuições do pensamento sistêmico para o cuidado familiar. *Rev. Bras, Enferm*, 71(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710201>

Huremović, D. (2019). Mental health of quarantine and isolation. En Huremović, D. (Ed.). Social distancing, quarantine, and isolation. In *Psychiatry of pandemics* (pp. 85-94). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_8)

Huremović, D., (2019). Mental health of quarantine and isolation. En Huremović, D. (Ed.). *Psychiatry of Pandemics, A Mental Health Response to Infection Outbreak* (pp. 95–118). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_9).

Instituto de Estadística de Andalucía (IEA). (2020, 17 de septiembre). <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>

Jiang, X., Rayner, S., & Luo, M. (2020). Does SARS-CoV- 2 has a longer incubation period than SARS and MERS? *Journal of Medical Virology*, 92(5), 476–478. <https://doi.org/10.1002/jmv.25708>

Juárez-Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3), 307-314.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P., & Korhonen, A. (2015). Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 71(8), 1744-1757. <https://doi.org/10.1111/jan.12619>

Kersey-Matusiak, G. (2018). *Delivering culturally competent nursing care: Working with diverse and vulnerable populations*. Springer Publishing Company.

Keshmiri, F., Farahmand, S., & NEJAD NEDAEI, M. D. (2020). Exploring the challenges of professional identity formation in clinical education environment: A qualitative study. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 8(1), 42. doi: [10.30476/jamp.2019.74806.0](https://doi.org/10.30476/jamp.2019.74806.0)

Khondker, H. H. (2013). Globalization, Glocalization, or Global Studies: What's in a Name?. *Globalizations*, 10(4), 527-531.

Lacasta, M. A., & Aguirre, A. M. Guía para Familiares en Duelo. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2020 [consultado 13 Abr 2020].

Leininger, M. M. (2014). *The Benefits of the Culture Care Theory and a Look to the Future for Transcultural Nursing*. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality*, 101.

Leininger, M., & Reynolds, C. (1991). Culture care diversity and universality theory. *Nursing*.

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Practices*. McGrawHill.

Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Boletín Oficial del Estado, núm.183, de 30 de julio de 2018. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-10760-consolidado.pdf>

LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm.74 de 04 de julio de 1988. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/1>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299 del 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Lince-Rivera, I., Laurens Acevedo, L. M., Pérez, A. M., Jiménez Sánchez, S., Kunzel Gallo, A., & Lastra Santiago, M. A. (2018). Creencias islámicas respecto a la muerte y análisis sobre su impacto en la donación humana. *Universitas Médica*, 59(4), 1–6. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-4.isla>

Lince-Rivera, I., Pérez, A. M., Jiménez, S., Kunzel, A., Lastra, M. A., & Laurens, L. M. (2018). Creencias islámicas respecto a la muerte y análisis sobre su impacto en la donación humana. *Universitas Médica*, 59(4), 87-92. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-4.isla>

Lizarraga Armentia, V., Artetxe Uribarri, I., & Pousa Mimbrero, N. (2008). Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento. Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(4), 229-234.

Longo, F., Trecca, E. M., D'Ecclesia, A., Copelli, C., Tewfik, K., Manfuso, A., ... & Cassano, L. (2021). Managing head and neck cancer patients during the COVID-19 pandemic: the experience of a tertiary referral center in southern Italy. *Infectious Agents and Cancer*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13027-021-00352-9>

López-Martínez, C., & Frías-Osuna, A. (2019). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria*, 33, 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.005>

López-Santos, V., Sánchez-Ramos, J. L., Toronjo-Gómez, Á., Pedregal-González, M., Rojas-Ocaña, M. J., & Contreras-Martín, Á. (2008). Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria: El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA. *Index de Enfermería*, 17(3), 173-177.

Losa, M.E.; Becerro de Bengoa, R. (2012). Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurses sample. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 42(1), 2-10.

Loyola, C. N. P. (2009). Caracterización del clima organizacional del Policlínico Universitario "Cecilio Ruiz de Zárate" de Cienfuegos. *Edumecentro*, 1(1), 43-55.

Lozano Martínez FJ, Vílchez Jesús I, Morcillo Mendoza D (2016). Impacto del conocimiento de los enfermeros en la salud de la ciudadanía inmigrante. *Revista paraninfo digital*.

Mahmoodi, A., Khani, L., & Ghaffari, M. (2017). The Relationship of cultural competence and responsibility with Nurses Attitude toward Patient's Right: The mediating Role of Ethical Beliefs. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9(5), 39-51. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>

Manso-Perea, C., Cuevas-Cerveró, A., & González-Cervantes, S. (2019). Competencias informacionales en los estudios de grado en enfermería: el caso español. *Revista española de documentación científica*, 42(1), 229. <https://doi.org/10.3989/redc.2019.1.1578>

Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., & Ballesteros-Rodríguez, J. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 48(6), 276-284. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.002>

Martinsson, L., Strang, P., Bergström, J., & Lundström, S. (2021). Were clinical routines for good end-of-life care maintained in hospitals and nursing homes during the first three months of the outbreak of COVID-19? A national register study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), e11-e19. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.043>

Martos-Rascón, I. (2017). Abordaje De Enfermería Transcultural; Competencia De Cuidados. [Dataset]. Versión mayo de 2017. <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/6228>

Mateos García, M. D. (2017). *Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla.

McAdam, J. L., y Puntillo, K. (2018). Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 27(5), 372-380. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018575>

Mian, A., & Khan, S. (2020). Coronavirus: the spread of misinformation. *BMC medicine*, 18(1), 1-2. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01556-3>

Ministerio de Sanidad Español. (2020, 1 de mayo). Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/home.htm>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., Secretaría de Estado de Servicios Sociales., Familias y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2014). *Libro Blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*.

Miqueletto, M., Silva, L., Figueira, C. B., Santos, M. R. D., Szylit, R., & Ichikawa, C. R. D. F. (2017). Spirituality of families with a loved one in end-of-life situation. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1616-1627. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>

MR, N. H., Muhammad Al Siddiq, S. M., & MT, M. F. (2018). A review on anticipatory grief and lessons learnt from the history of Abu Bakr ra. *IIUM Medical Journal Malaysia*, 17(2). <https://doi.org/10.31436/imjm.v17i2.935>

Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. B. (2017). Preloss grief in family caregivers during end-of-life cancer care: A nationwide population-based cohort study. *Psycho-oncology*, 26(12), 2048-2056. <https://doi.org/10.1002/pon.4416>

Nishiguchi, S., Sugaya, N., & Inamori, M. (2019). End-of-life care conferences in Japanese nursing homes. *Drug discoveries & therapeutics*, 13(1), 47-51. <https://doi.org/10.5582/ddt.2019.01002>

Núñez-Alarcón, M., Moreno-Jiménez, P., Moral-Toranzo, F., & Sánchez, M. (2011). Validación de una escala de orientación religiosa en muestras cristiana y musulmana. *Metodología de Encuestas*, 13(1), 97-120.

Olaizola Eizagirre, I. (2015). *Muerte, ritual funerario y luto en Euskal Herria: ¿cómo quieres morir? ¿cómo quieres que te entierren? ¿cómo vivir el luto?*. Utriusque Vasconiae.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 17 de noviembre). <https://www.who.int/>

Otero-López, J. M., Villardefrancos, E., Castro, C., & Santiago, M. J. (2014). Stress, positive personal variables and burnout: A path analytic approach. *European Journal of Education and Psychology*, 7(2), 95-106. doi. 10.1989/ejep.v7i2.182

Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., Torres, A., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2015). Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(7), 1401-1412. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002505>

Parry, M. (2011). Student nurses' experience of their first death in clinical practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(9), 448-453. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.9.448>

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

Pérez-de la Cruz, S., & Ramírez, I. (2020). Exploring the attitudes of health science students in Spain and Bolivia towards death. A cross sectional survey. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00615-z>

Pérez-Fernández, M., Najarro Infante, F. R., Dulce García, M. A., Gallardo Jiménez, N., & Fernández-Fernández, A. (2009). Comunicación: Una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. *Revista Digital de Enfermería* 1(3), 15–20.

Pérez-de la Cruz, S., & García-Luengo, A. V. (2018). Comparative study among Spanish students of health sciences degrees: Facing death. *Nursing & health sciences*, 20(3), 380-386. <https://doi.org/10.1111/nhs.12417>

Petrova, D., Pérez-Gómez, B., Pollán, M., & Sánchez, M. J. (2020). Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. *Medicina Clinica (English Ed.)*, 155(6), 263. doi: [10.1016/j.medcle.2020.04.018](https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.04.018)

Pozo Amador, L. M., Marante Pozo, E., Casanova Moreno, M. D. L. C., & González González, G. (2018). Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2).

Puchi Gómez, C., & Sanhueza Alvarado, O. (2015). Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos. *Rev. iberoam. educ. invest. enferm.* (Internet), 8-17.

Puchi, C., & Jara, P. (2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.002>

Puggina, A. C., Cavalheiro, A. C., Trentino, J. P., Castro, P. F. D., & Silva, M. J. P. D. (2015). Relação entre necessidade de adornos com satisfação com imagem corporal e autoconceito profissional da equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 19, 563-570. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150075>

Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 193-196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>

Purnell, L. D., & Fenkl, E. A. (2019). The purnell model for cultural competence. In *Handbook for Culturally Competent Care* (pp. 7-18). Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-21946-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-21946-8_2)

Qin, Y., & Chaimongkol, N. (2021). Simulation With Standardized Patients Designed as Interventions to Develop Nursing Students' Cultural Competence: A Systematic Review. *Journal of Transcultural Nursing*, 10436596211023968. <https://doi.org/10.1177/10436596211023968>

Rafferty, C., Lewis, E., & Cardona, M. (2020). The crucial role of nurses and social workers in initiating end-of-life communication to reduce overtreatment in the midst of the COVID-19 pandemic. *Gerontology*, 66(5), 427-430. <https://doi.org/10.1159/000509103>

Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín oficial del Estado núm.269 de 9 de noviembre de 2001. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-20934>

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se Declara el Estado de Alarma Para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria Ocasionada por el COVID-19. BOE-A-2020-3692. Boletín Oficial del Estado, núm 67, de 134 de marzo de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>

Ribeiro, B. F., Oliveira, S. G., Tristão, F. S. A., Santos-Júnior, J. R. G. D., & Farias, T. A. (2017). Práticas de si de cuidadores familiares na atenção

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>.

Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., Clavería, A., & Zarit, G. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>

Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., Clavería, A., & Zarit, G. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>

Rodríguez-Madrid, M., del Río-Lozano, M., Fernandez-Peña, R., Jiménez-Pernett, J., García-Mochón, L., Lupiañez-Castillo, A., & García-Calvente, M. (2018). Gender Differences in Social Support Received by Informal Caregivers: A Personal Network Analysis Approach. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(1), 91. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010091>

Rodríguez, A. E. C. (2020). Capítulo 15. Afrontamiento ineficaz en la comunidad en el modelo de Madeleine Leininger. *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (II)*, 137.

Rojas-Sánchez, O. A., Rueda-Díaz, L. J., Vesga-Gualdrón, L. M., Orozco-Vargas, L. C., Forero-Bulla, C. M., & Camargo-Figuera, F. A. (2009). Effectiveness of the nursing interventions for the diagnosis "ineffective management of therapeutic regimen". *Enfermería clínica*, 19(6), 299-305. DOI: [10.1016/j.enfcli.2009.05.005](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.05.005)

Rózyk-Myrta, A., Brodziak, A., & Kołat, E. (2021). Nurses as new heroes of modern times. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12676>

Rückholdt, M., Tofler, G. H., Randall, S., & Buckley, T. (2019). Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 40-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.016>

Ruiz-Fernández, M. D., Ortega-Galán, A. M., Cabrera-Troya, J., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Relinque-Medina, F., & García-Cisneros, R. (2017). Pessoas doentes no final da vida: vivências na acessibilidade a recursos socio-sanitários. *Enfermería universitaria*, 14(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.004>.

Ruiz, M. A. V., de la Cruz García, C., Navarrete, R. A. M., Hernández, C. M. M., & Reyna, M. D. L. Á. V. (2015). Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico

degenerativas. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 151-160. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.66>

Sabancıogullari, S., & Dogan, S. (2017). Professional self-concept in nurses and related factors: A sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1676-1684.

Sadek Hamid (2013) Counselling Muslims: handbook of mental health issues and interventions. *Journal of Beliefs & Values*, 34 (1), 131- 133. <https://doi.org/10.1080/13617672.2013.766014>

Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., ... & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110244. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>

Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., ... & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110244. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>

Schmidt Río Valle J. (2007). *Validación de la versión española de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>

Schwerdtle, P. N., Connell, C. J., Lee, S., Plummer, V., Russo, P. L., Endacott, R., & Kuhn, L. (2020). Nurse expertise: a critical resource in the COVID-19 pandemic response. *Annals of Global Health*, 86(1). Doi: [10.5334/aogh.2898](https://doi.org/10.5334/aogh.2898)

Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e81-e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>

Sharif, S. P., Lehto, R. H., Nia, H. S., Goudarzian, A. H., Haghdoost, A. A., Yaghoobzadeh, A., ... & Nazari, R. (2018). Religious coping and death depression in Iranian patients with cancer: Relationships to disease stage. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2571-2579. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4088-2>

Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *Journal of transcultural nursing*, 26(3), 308-321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>

Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *Journal of transcultural nursing*, 26(3), 308-321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>

Sierra Leguía, L., Montoya Juárez, R., García Caro, M. P., López Morales, M., & Montalvo Prieto, A. (2019). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index de Enfermería*, 28(1-2), 51-55.

Silva, L., Bousso, R. S., Santos, M. R., Sá, N. N., Misko, M. D., & Damião, E. B. C. (2015). Provision of primary health care for end of life older aged patients and their families: a qualitative study. *International Journal of Nursing*, 2(1), 120-7. DOI: 10.15640/ijn.v2n1a13

Soto-Rubio, A., Salvador, E., & Pérez-Marín, M. (2019). Factores de Riesgo de Duelo Complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una Revisión Sistemática. *Calidad de vida y salud*, 12(2).

Souza, M. E., Amaro, B., & Silva, R. R. (2013, septiembre 17). Relação entre autoconceito profissional e desempenho da equipe de enfermagem. Centro Universitário de Volta Redonda [Comunicación]. I Jornada Científica de Enfermagem do UniFOA, Brasil.

Spector, R. E. (2012). La enfermería transcultural: pasado, presente, y futuro. *Cultura de los cuidados*, (7-8), 116-127.

Spector, Rachel E. (2012). Valoración de la herencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, (9), 71-81. <https://doi.org/10.14198/cuid.2001.9.11>

Steffen, A. M., & Gant, J. R. (2016). A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 195-203. <https://doi.org/10.1002/gps.4312>

Stilwell, B., & Nyaka, M. (2020). Nursing now. In *Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective* (pp. 25-35). Springer, Cham.

Strang, P., Bergström, J., Martinsson, L., & Lundström, S. (2020). Dying from COVID-19: loneliness, end-of-life discussions, and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), e2-e13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020>

Timbo, D. M. (2016). *African American clients' perceptions of therapists' multicultural counseling competencies* (Tesis doctoral). Carlow University.

Tylor, E. B. (1888). *Primitive culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*. Holt.

Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition—heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & social care in the community*, 20(3), 283-291. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>

van der Plas, A. G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Francke, A. L., Jansen, W. J., Vissers, K. C., & Deliens, L. (2015). Palliative care case managers in primary care: a descriptive study of referrals in relation to treatment aims. *Journal of palliative medicine*, 18(4), 324-331. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0269>

Wachterman, M. W., Pilver, C., Smith, D., Ersek, M., Lipsitz, S. R., & Keating, N. L. (2016). Quality of end-of-life care provided to patients with different serious illnesses. *JAMA internal medicine*, 176(8), 1095-1102. doi:[10.1001/jamainternmed.2016.1200](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1200)

WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. (2020, 12 de diciembre). <https://covid19.who.int/>

Yang, S. (2016). Convergence analysis of factors influencing the end-of-life care attitude in undergraduate nursing students. *Journal of the Korea Convergence Society*, 7(4), 141-154. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2016.7.4.14>

Zarit, S. H., Femia, E. E., Kim, K., & Whitlatch, C. J. (2010). The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment. *Aging & Mental Health*, 14(2), 220-231. <https://doi.org/10.1080/13607860903167861>

Zeng, Y., Huang, M., Cheng, A. S., Zhou, Y., & So, W. K. (2014). Meta-analysis of the effects of exercise intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer*, 21(3), 262-274. DOI: [10.1007/s12282-014-0521-7](https://doi.org/10.1007/s12282-014-0521-7)

Zheng, R., Bloomer, M. J., Guo, Q., & Lee, S. F. (2021). New graduate nurses' coping with death and the relationship with death self-efficacy and death anxiety: A multicentre cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 77(2), 795-804. <https://doi.org/10.1111/jan.14621>





**CAPITULO 9.  
ANEXOS**



## INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. XIX Convocatoria de Ayudas a la Innovación Docente e Investigación Educativa para la Mejora de la Docencia en la Universidad de Huelva 2017/2018, proyectos convocados por el Vicerrectorado de Innovación y Empleabilidad de la Universidad de Huelva. Proyecto de Innovación en Docencia e Investigación Educativa, modalidad en Equipos: “Competencia cultural en los cuidados al final de la vida, diferentes perspectivas docentes en entornos transfronterizos” en la Universidad de Huelva 2017/2018.

ANEXO 2. Proyectos subvencionados por la Junta de Andalucía, tanto en 2019 como en 2020, dirigidos al fomento de la cooperación transfronteriza en la Eurorregión Alentejo-Algarve-Andalucía, en el que se desarrolló el I Seminario Seminario “Comunidades Compasivas Transfronterizas: Nuevo reto en el siglo XXI”.

ANEXO 3. Propuesta formativa para el desarrollo de un Curso online: agentes clave de comunidades compasivas universitarias transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía, desarrolla entre 2020 y 2021.

ANEXO 4. Proyecto cooperación internacional “Realización de una propuesta de implementación del título en Enfermería de la Universidad de Dakar con objeto de su nivelación para acceder a titulación de grado y máster, así como su homologación en el marco europeo.” Fecha:18 febrero 2019 a 17 septiembre 2021.

ANEXO 5. Resolución administrativa de la Estancia internacional en la Universidad Hekima, Santé, Daka, Senegal.

ANEXO 6. Documento Acreditativo de la Estancia internacional en la Universidad Hekima, Santé, Daka, Senegal.

ANEXO 7. Póster: Caso Clínico sobre el afrontamiento de la muerte: Recursos disponibles. V Congreso Nacional de Salud Mental, “Soy como tú, aunque no lo sepas”. 26 y 27 de abril de 2017, Huelva.

ANEXO 8. Ponencia “Rol enfermero: otras realidades, otros ámbitos de intervención” en las II Jornadas sobre Perspectiva laboral y orientación profesional en el alumnado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, el 17 de enero de 2018.

ANEXO 9. Póster: Claudicación familiar en cuidados paliativos: necesidad de detección innovadora. XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 7-9 de junio de 2018. Vitoria-Gasteiz.

ANEXO 10. Póster: El cuidador principal: indagando en las manifestaciones clínicas. I congreso internacional de salud mental “sin máscaras, sin barreras”. 2-28 septiembre de 2018. Huelva.

ANEXO 11. Ponencia “Redes de apoyo social en el proceso final de vida” en el Congreso Andaluz de Sociología, en Huelva a 23 y 24 de noviembre de 2018.

ANEXO 12. Ponencia internacional “Redes Sociales en el afrontamiento al final de la vida. Intercambio de experiencias” en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.

ANEXO 13. Comunicación Oral: Factores influyentes en la atención domiciliaria. XXVII Congreso Nacional de la SEEGG. 26 al 29 de abril 2021.

ANEXO 14. Ponencia internacional “Gestionando la diversidad en el proceso de morir: Experiencia Senegal” en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.

ANEXO 15. Póster: The role of intercultural mediation in end-of-life care. 16th world congress of the European Association for palliative care. 23-25 mayo 2019, Berlín, Alemania.

ANEXO 16. Póster: Influence of cultural diversity at the end of life: a phenomenological study. 16th world congress of the European Association for palliative care. 23-25 mayo 2019, Berlín, Alemania.

ANEXO 17. Comité científico de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.

ANEXO 18. Comité organizador de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.

ANEXO 19. “Cooperación y cuidados al final de la vida. Una experiencia en África subsahariana” de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.

ANEXO 20. Curso Internacional organizado por la Universidad de Huelva (UHU) y la Universidad Técnica Particular de Loja-Ecuador “Abordaje del duelo en tiempos de covid19” desarrollado del 19 de enero al 10 de febrero de 2021. Curso en formato virtual.

ANEXO 21. Póster: “La disciplina enfermera de atención primaria como factor de sostenibilidad del sistema sanitario durante la pandemia covid19”, en el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería, celebrado del 17 al 24 de marzo de 2021.

ANEXO 22. Ponente Acompañamiento al final de la vida. Terapia farmacológica y no farmacológica en cuidados paliativos. Uso Racional del Medicamento.25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC. 6, 7 y 8 de octubre de 2016.

ANEXO 23. Guía de la asignatura “Afrontamiento a la muerte” del grado en enfermería de la Universidad de Huelva.

ANEXO 24. El plan de formación INFIRMIER.

ANEXO 25. Programa de formación de enfermería en Senegal.

ANEXO 26. Guion de la entrevista en profundidad.

ANEXO 27. Instrumento GHATA.

ANEXO 28. Guion recogida de datos grupo de discusión.



ANEXO 1. XIX Convocatoria de Ayudas a la Innovación Docente e Investigación Educativa para la Mejora de la Docencia en la Universidad de Huelva 2017/2018, Proyecto de Innovación en Docencia e Investigación Educativa, modalidad en Equipos: “Competencia cultural en los cuidados al final de la vida, diferentes perspectivas docentes en entornos transfronterizos”.



Universidad  
de Huelva

Unidad de Formación e  
Innovación PAS/PDI

**ISABEL MARÍA RODRÍGUEZ GARCÍA,  
VICERRECTORA DE INNOVACIÓN Y EMPLEABILIDAD  
DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA**

## CERTIFICA

Que Doña **MIRIAM ARAUJO HERNÁNDEZ**

**Ha formado parte del equipo de profesores del  
Proyecto de Innovación en Docencia e Investigación  
Educativa, modalidad en Equipos:**

**“Competencia cultural en los cuidados al final de la  
vida, diferentes perspectivas docentes en entornos  
transfronterizos”**

Aprobado en la XIX Convocatoria de Ayudas a la  
Innovación Docente e Investigación Educativa para la  
Mejora de la Docencia en la Universidad de Huelva  
2017/2018, proyectos convocados por el Vicerrectorado  
de Innovación y Empleabilidad de la Universidad de  
Huelva.

Y para que conste a los efectos oportunos, expido el  
presente certificado en Huelva, a 29 de Enero de 2019

uhues

<small>Código Seguro de verificación: oLgPHLuoKsG3fjCXVFQxw== Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificafirma.uhu.es/verificafirma">https://verificafirma.uhu.es/verificafirma</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</small>			
FIRMADO POR	ISABEL MARIA RODRIGUEZ GARCIA	FECHA	30/01/2019
ID. FIRMA	firma.uhu.es	PÁGINA	1/1
<small>oLgPHLuoKsG3fjCXVFQxw==</small>			

ANEXO 2. Proyectos subvencionados por la Junta de Andalucía, tanto en 2019 como en 2020, dirigidos al fomento de la cooperación transfronteriza en la Euroregión Alentejo-Algarve-Andalucía, en el que se desarrolló el I Seminario Seminario “Comunidades Compasivas Transfronterizas: Nuevo reto en el siglo XXI”.



Universidad de Huelva

**FRANCISCO TALLANTE RUIZ JEFE DEL SERVICIO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA**

**CERTIFICA:**

Que según consta en los libros y archivos obrantes en la documentación oficial de la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación de la Universidad de Huelva, **D./Dña. MIRIAM ARAUJO HERNÁNDEZ** con **NIF: 48.953.822-R** participa como miembro del equipo de investigación en la convocatoria a subvenciones para el fomento de la cooperación transfronteriza en la Euroregión Alentejo-Algarve-Andalucía (BOJA nº 142, de 25 de julio de 2019), en el proyecto que se detalla:

- **Título del proyecto:** I Seminario “Comunidades Compasivas Transfronterizas: Nuevo reto en el siglo XXI”
- **Investigadora principal:** Esperanza Begoña García Navarro
- **Entidad financiadora:** Secretaría General de Acción Exterior de la Junta de Andalucía.
- **Presupuesto aceptado:** 4.600 euros
- **Referencia del proyecto:** 6
- **Entidades participantes:** Universidad de Huelva y la Secretaría General de Acción Exterior de la Junta de Andalucía.
- **Duración del proyecto:** Del 01/11/2019 al 30/04/2020. Ampliado hasta el 30/10/2020.

Y para que conste a los efectos oportunos, se emite el presente certificado a petición del interesado a 29 de mayo de 2021.

<small>Código Seguro de verificación: /5mKeWa1RL0mybFcz4ULNg== Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificafirma.uhu.es/verificafirma">https://verificafirma.uhu.es/verificafirma</a>                  Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 58/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</small>			
FIRMADO POR	FRANCISCO TALLANTE RUIZ	FECHA	30/05/2021
ID. FIRMA	firma.uhu.es /5mKeWa1RL0mybFcz4ULNg==	PÁGINA	1/1
 /5mKeWa1RL0mybFcz4ULNg==			

ANEXO 3. Propuesta formativa para el desarrollo de un Curso online: Agentes Clave de Comunidades Compasivas Universitarias Transfronterizas. Alentejo-Algarve-Andalucía, desarrolla entre 2020 y 2021.



Universidad de Huelva

FRANCISCO TALLANTE RUIZ JEFE DEL SERVICIO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

CERTIFICA:

Que según consta en los libros y archivos obrantes en la documentación oficial de la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación de la Universidad de Huelva, D./Dña. **MIRIAM ARAUJO HERNÁNDEZ** con NIF: 48.953.822R participa como miembro del equipo de investigación en la convocatoria a subvenciones para el fomento de la cooperación transfronteriza en la Euroregión Alentejo-Algarve-Andalucía (BOJA nº 148, de 03 de agosto de 2020), en el proyecto que se detalla:

- **Denominación del proyecto:** AGENTES CLAVE DE COMUNIDADES COMPASIVAS UNIVERSITARIAS TRANSFRONTERIZAS. Alentejo-Algarve-Andalucía.
- **Título del proyecto:** 10/20
- **Investigadora principal:** Esperanza Begoña García Navarro
- **Entidad financiadora:** Secretaría General de Acción Exterior de la Junta de Andalucía.
- **Presupuesto aceptado:** 4800 euros
- **Referencia del proyecto:** 10/20
- **Entidades participantes:** Universidad de Huelva y la Secretaría General de Acción Exterior de la Junta de Andalucía.
- **Duración del proyecto:** Del 15/11/2020 al 14/11/2021.

Y para que conste a los efectos oportunos, se emite el presente certificado a petición del interesado a 29 de mayo de 2021.

Código Seguro de verificación: n+6c5hri2p/vpijdl7nqxg==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificafirma.uhu.es/verificafirma">https://verificafirma.uhu.es/verificafirma</a> . Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
FIRMADO POR	FRANCISCO TALLANTE RUIZ		FECHA	30/05/2021
ID. FIRMA	firma.uhu.es	n+6c5hri2p/vpijdl7nqxg==	PÁGINA	1/1
 n+6c5hri2p/vpijdl7nqxg==				

ANEXO 4. Proyecto cooperación internacional “Realización de una propuesta de implementación del título en Enfermería de la Universidad de Dakar con objeto de su nivelación para acceder a titulación de grado y máster, así como su homologación en el marco europeo.” Fecha:18 febrero 2019 a 17 septiembre 2021.



**Universidad de Huelva**  
Vicerrectorado de Internacionalización

**Reyes Alejano Monge, Vicerrectora de Internacionalización de la Universidad de Huelva,**

Hace constar que:

Que según consta en nuestros archivos, la profesora Miriam Araujo Hernández con nº de DNI 48953822-R, participa en el Proyecto **“Implementación del título en Enfermería en la Universidad de Dakar con objeto de su nivelación para acceder a Titulación de Grado y Máster así como su homologación en el Marco Europeo”**, con intervención en Senegal con número de expediente 2018UC009, concedido dentro del Convenio de 2018, publicada por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo, con una subvención de 40.000,00 € y periodo de ejecución del 18/02/2019 al 17/09/2021.

Y para que surta los efectos oportunos, lo firmo en Huelva a veintiuno de julio de dos mil veintiuno.

© f t in @Unihuelva

uhues

Código Seguro de verificación <b>aeexn2D0zJ2fVNJbfxrccA==</b> Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificafirma.uhu.es/verificafirma">https://verificafirma.uhu.es/verificafirma</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
FIRMADO POR	REYES ALEJANO MONGE		FECHA	21/07/2021
ID. FIRMA	firma.uhu.es	<b>aeexn2D0zJ2fVNJbfxrccA==</b>	PÁGINA	1/1
				
<b>aeexn2D0zJ2fVNJbfxrccA==</b>				

ANEXO 5. Resolución administrativa de la Estancia internacional en la Universidad Hekima, Santé, Daka, Senegal.



HUELVA, 18 de julio de 2019  
 NUESTRA REFERENCIA: Unidad d Gestión Personal Docente/jmg  
 ASUNTO: Concesión Licencia por Estudios Sc/a. Araujo Hernández

D<sup>a</sup> Miriam Araujo Hernández  
 Departamento de Enfermería  
 Campus de «El Carmen»  
 Avenida de las Fuerzas Armadas, S/N. 21007  
 Huelva

Vista la petición de permiso suscrita por D<sup>a</sup>. Miriam Araujo Hernández, con D.N.I. 48953822-R, Profesora Sustituta Interina, con dedicación a tiempo completo, adscrito/a al Departamento de "Enfermería" de esta Universidad y el informe del citado Departamento, para ausentarse de su trabajo en el periodo comprendido entre el 01/07/2019 al 30/09/2019, con motivo de realizar una estancia de investigación en la Universidad Hekima Sante de Dakar(Senegal).

En uso de la potestad que me confiere el Art. 20, párrafo primero, de la Ley 6/2001, de 21 de diciembre, Orgánica de Universidades, modificada por Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril.

**ESTE RECTORADO ha resuelto conceder a D<sup>a</sup>. Miriam Araujo Hernández, la licencia solicitada con plenitud de derechos económicos(entendiéndose el mes de agosto como periodo vacacional).**

Las obligaciones docentes deberán quedar cubiertas por el resto del profesorado de su área de conocimiento y en ningún caso tendrá efectos sobre petición de necesidades docentes.

Contra la presente resolución, que agota la vía administrativa, y de conformidad con lo preceptuado por el artículo 69 de la Ley 36/2011 de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción Social, podrá interponer directamente demanda ante la jurisdicción social, en el plazo de veinte días hábiles o el especial que estuviere expresamente señalado tratándose de acciones sujetas a plazo de caducidad y, en el plazo de dos meses en el resto de los casos, sin perjuicio de que los interesados puedan ejercitar, en su caso, cualquier otro recurso que estimen procedente.

LA RECTORA,  
 P.D.: LA VICERRECTORA ORDENACIÓN  
 ACADÉMICA GRADO Y POSGRADO


Fdo.: Beatriz Aranda Louvier



Campus "Cantero Cuadrado" – c/ Dr. Cantero Cuadrado, 6 – 21071-HUELVA.-  
 Tlfno. (+34)959 218116-21 – FAX: (+34) 959218164 – [http://www.uhu.es/gestion\\_personal\\_docente](http://www.uhu.es/gestion_personal_docente)  
[gestion.personal.docente@sc.uhu.es](mailto:gestion.personal.docente@sc.uhu.es)

Código Seguro de verificación 9xyd1p2NT83ydgDA5Rsc9w==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificafirma.uhu.es/verificafirma">https://verificafirma.uhu.es/verificafirma</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
FIRMADO POR	BEATRIZ ARANDA LOUVIER	FECHA	19/07/2019
ID. FIRMA	firma.uhu.es 9xyd1p2NT83ydgDA5Rsc9w==	PÁGINA	1/1
 9xyd1p2NT83ydgDA5Rsc9w==			

ANEXO 6. Documento Acreditativo de la Estancia internacional en la Universidad Hekima, Santé, Daka, Senegal.



D<sup>a</sup> Miriam Araujo Hernández  
Facultad de Enfermería  
Universidad de Huelva  
Campus El Carmen, Universidad de Huelva, Avda. Tres de Marzo, s/n, 21071 Huelva,  
España.

Por la presente, yo Souleymane Diallo, Director de la Universidad de Hekima Santé (Dakar, Senegal), procedo a cursarle invitación para realizar una estancia de carácter docente e investigador en nuestra Universidad durante el periodo comprendido entre el 1 de Julio y el 30 de septiembre de 2019 (3 meses).

Las actividades investigadoras y encargos docentes estarán centrados en las siguientes líneas:

- Competencia cultural y cuidados de enfermería.
- Afrontamiento a la muerte desde la perspectiva cultural.
- Redes de apoyo social al final de la vida en el entorno subsahariano.



Así mismo se continuarán con las tareas relacionadas con el proyecto de cooperación internacional que se está llevando a cabo entre la Universidad de Huelva y la Universidad de Hekima (Dakar).

Además de ello y en los casos que se considere oportuno, usted coordinará distintos seminarios, fases de proyectos de investigación y grupos de discusión permanente con el profesorado de la Universidad de Hekima, Dakar, y el alumnado del Grado de Enfermería (Infirmier).

Igualmente, se le propone que estudie la posibilidad de impartir algún curso de interés tanto para el profesorado como para el alumnado relacionados con sus líneas de investigación.

Le solicitamos nos confirme cuanto antes el comienzo de las actividades con el fin de que el personal docente programe definitivamente esas fechas para la realización de las actividades a llevar a cabo.

Huelva, 24 de junio de 2019.



**Souleymane DIALLO**

ANEXO 7. Póster: Caso Clínico sobre el afrontamiento de la muerte: Recursos disponibles. V Congreso Nacional de Salud Mental, “Soy como tú, aunque no lo sepas”. 26 y 27 de abril de 2017, Huelva.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD  
Unidad de Gestión Clínica Salud Mental  
Huelva Intercentros

FEAFES - HUELVA  
SALUD MENTAL

UNIVERSIDAD DE HUELVA

# V CONGRESO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## "Soy como tú, aunque aún no lo sepas"

### CERTIFICADO

Dña. **Josefa Ruiz Perea**, en calidad de **Presidenta** del V Congreso Nacional de Salud Mental: "Soy como tú, aunque aún no lo sepas", celebrado los días 26 y 27 de abril de 2017 en la Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva

**Díaz Santos, María Angustias; Teresa Morales, Cristina; Araujo Hernández, Miriam**

han presentado la comunicación científica tipo poster titulada "**Caso clínico sobre el afrontamiento de la muerte: Recursos disponibles**".

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente en Huelva, a 31 de agosto de 2017.

Dña. **Josefa Ruiz Perea**  
Presidenta de V Congreso Nacional de Salud Mental  
y presidenta de FEAFES-HUELVA.

Firmado por Josefa Ruiz Perea el día 31/08/2017 con el certificado digital emitido por FNMT-RCN a través de la Plataforma AUTOFIEMA

25 AÑOS  
FEAFES HUELVA  
1992 - 2017  
Asociación

DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD, JUNTA DE ANDALUCÍA. Nº Exped: 35/17.  
Actividad acreditada por la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, expediente nº 1354/2017, con 5 40 créditos.

ANEXO 8. Ponencia "Rol enfermero: otras realidades, otros ámbitos de intervención" en las II Jornadas sobre Perspectiva laboral y orientación profesional en el alumnado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, el 17 de enero de 2018.



**II Jornada de Pregrado**

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva  
extiende el presente diploma a

**"Miriam Araujo Hernández"**

Por impartir la Conferencia "*Rol enfermero: otras realidades, otros ámbitos de intervención*"  
en las II Jornadas sobre Perspectiva laboral y orientación profesional en el alumnado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de  
Huelva, celebrada en Huelva el 17 de enero de 2018



Decano de la Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva

*[Signature]*  
Fdo.: D. José Luis Sánchez Ramos

Universidad  
de Huelva

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO 9. Póster: Claudicación familiar en cuidados paliativos: necesidad de detección innovadora. XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 7-9 de junio de 2018. Vitoria-Gasteiz.



## CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

### Aceptada como póster

Con el presente certificamos que el trabajo titulado:

**Claudicación familiar en cuidados paliativos: necesidad de detección innovadora**

Ha sido presentado por:

**Sra. Sonia García Navarro**

**Sra. Maria Angustias Díaz Santos**

**Sra. Miriam Araujo Hernández**

**Sra. Rosa Pérez Espina**

**Sra. Begoña García Navarro**

y para que conste donde proceda emitimos el presente certificado en Vitoria-Gasteiz, 9 de Junio de 2018.

**Dr. Alberto Meléndez**

Presidente XII Congreso Internacional  
SECPAL 2018

[www.secpal2018vitoria.com](http://www.secpal2018vitoria.com)



**VITORIA  
GASTEIZ**  
green capital



Arabako Foru Aldundia  
Disutación Foral de Álava  
[www.araba.eus](http://www.araba.eus)

ANEXO 10. Póster: El cuidador principal: indagando en las manifestaciones clínicas. I congreso internacional de salud mental “sin máscaras, sin barreras”. 2-28 septiembre de 2018. Huelva.

The poster features a background of a brain with neural connections. At the top left, there are logos for 'Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD' and 'FEAFES - HUELVA SALUD MENTAL'. At the top right is the 'Universidad de Huelva' logo. The main title is 'I CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL "sin máscaras, sin barreras" CERTIFICADO'. The text describes the congress and lists the authors: (1) Diaz Santos, María Angustias; (2) Araujo Hernández, Miriam. It states that the authors have presented a scientific communication titled '393/202 - El cuidador principal: indagando en las manifestaciones clínicas.' The poster is signed by María Domínguez Macías, Presidenta del I Congreso Internacional de Salud Mental, on October 25, 2018. A circular stamp from the 'ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS ENFERMADAS MENTALES - HUELVA' is visible, along with a signature.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD  
Unidad de Gestión Clínica Salud Mental  
Huelva Intercentros

FEAFES - HUELVA  
SALUD MENTAL

Universidad de Huelva

# I CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL “sin máscaras, sin barreras” CERTIFICADO

Dña. María Domínguez Macías, en calidad de **Presidenta** del I Congreso Internacional de Salud Mental “Sin Máscaras, Sin Barreras”, organizado por FEAFES-Huelva Salud Mental, en colaboración con la Universidad de Huelva y la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Huelva, celebrado los días 27 y 28 de septiembre de 2018, con una duración de 20 horas

**CERTIFICA** que los autores  
**(1) Diaz Santos, María Angustias; (2) Araujo Hernández, Miriam**  
han presentado la comunicación científica tipo póster titulada:  
**'393/202 - El cuidador principal: indagando en las manifestaciones clínicas.'**

Dicha actividad cuenta con Resolución Favorable de Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario concedida por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud (Exp.85/18). Igualmente, el Congreso ha sido acreditado como actividad formativa con un total de 5'80 créditos, a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Exp.3387/2018).

Fdo.: María Domínguez Macías.  
Presidenta del I Congreso Internacional de Salud Mental.  
Presidenta de FEAFES Huelva Salud Mental.

Y para que conste y surta los efectos oportunos,  
firmo el presente en  
Huelva, a 25 de octubre de 2018.

Firmado por: María Domínguez Macías el día 25/10/2018 con un certificado emitido por FEAFES-HCM a través de la plataforma AutoFirma

ANEXO 11. Ponencia “Redes de apoyo social en el proceso final de vida” en el Congreso Andaluz de Sociología, en Huelva a 23 y 24 de noviembre de 2018.



## CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN COMO PONENTE

# MIRIAM ARAUJO HERNÁNDEZ

HA PRESENTADO UNA COMUNICACIÓN QUE LLEVA POR TÍTULO

NOMBRE DEL GRUPO DE TRABAJO

**REDES DE APOYO SOCIAL EN EL PROCESO FINAL DE VIDA**

**4. PROBLEMAS SOCIALES, POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERVENCIÓN SOCIAL**

EN EL IX CONGRESO ANDALUZ DE SOCIOLOGÍA (HUELVA, 23-24 DE NOVIEMBRE), ORGANIZADO POR LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE SOCIOLOGÍA Y EL ÁREA DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA Y CELEBRADO EN LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL DE ESTA UNIVERSIDAD.

ORGANIZAN:



25  
1993 - 2018



Firmado digitalmente por  
GUALDA CABALLERO MARIA ESTRELLA -  
29789418W  
Fecha: 2018.11.21 14:47:11 +01'00'

ESTRELLA GUALDA CABALLERO  
PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

ANEXO 12. Ponencia internacional “Redes Sociales en el afrontamiento al final de la vida. Intercambio de experiencias” en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.



**CERTIFICA A:**

**Dña. Miriam Araujo Hernández**

Por haber participado en la **PONENCIA INVITADA** “Redes Sociales en el Afrontamiento al final de la vida. Intercambio de experiencias” de las II JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA, celebrada el día 16 de mayo de 2019.

Directora de la Unidad de Salud de la Universidad de Huelva y coordinadora del proyecto de innovación Competencia Cultural al final de la vida



Universidad de Huelva

VICERRECTOR DE PLANIFICACIÓN  
ESTRATÉGICA, CALIDAD E IGUALDAD,  
UNIDAD DE SALUD

Fdo.: Dña Esperanza Begoña García Navarro

ANEXO 13. Comunicación Oral: Factores influyentes en la atención domiciliaria.  
XXVII Congreso Nacional de la SEEGB. 26 al 29 de abril 2021.



A través del presente certificamos que

**MARIA JESUS ROJAS OCAÑA, GARCÍA NAVARRO, EB, ARAUJO  
HÉRNANDEZ, M, GARCÍA NAVARRO, S., TERESA MORALES, C**

participó en el **XXVII Congreso SEEGB**, que se celebró en formato virtual del 26 al 29 de abril de 2021, en la plataforma <https://seegg.bocemtium.com/> con la **COMUNICACIÓN ORAL** titulada:

**FACTORES INFLUYENTES EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA**

**Fernando Martínez Cuervo**  
Presidente SEEGB

ANEXO 14. Ponencia internacional “Gestionando la diversidad en el proceso de morir: Experiencia Senegal” en las II Jornadas Internacionales de competencia cultural al final de la vida, en Huelva a 16 de mayo de 2019.



Universidad de Huelva  
Vicerrectorado de Innovación e Investigación



Universidad  
de Huelva



Universidad de Huelva  
Vicerrectorado de Planificación Estratégica,  
Calidad e Igualdad  
Dirección de la Unidad de Salud



## II JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA

**CERTIFICA A:**

**Dña. Miriam Araujo Hernández**


Por haber participado en la **PONENCIA INVITADA**  
**“Gestionando la diversidad en el proceso de morir: Experiencia Senegal”** de las II JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA, celebrada el día 16 de mayo de 2019.

Directora de la Unidad de Salud de la Universidad de Huelva y coordinadora del proyecto de innovación Competencia Cultural al final de la vida



Universidad  
de Huelva

VICEDIRECTOR DE PLANIFICACIÓN  
ESTRATÉGICA, CALIDAD E IGUALDAD.  
UNIDAD DE SALUD.



Fdo.: D<sup>a</sup> Esperanza Begoña García Navarro

ANEXO 15. Póster: The role of intercultural mediation in end-of-life care. 16th world congress of the European Association for palliative care. 23-25 mayo 2019, Berlín, Alemania.



**EAPC 2019**  
16<sup>th</sup> World Congress of the European  
Association for Palliative Care  
Global palliative care – shaping the future  
23 – 25 May 2019 | Berlin, Germany

**THE ROLE OF INTERCULTURAL MEDIATION IN END-OF-LIFE CARE.**

Author(s): **García-Navarro E.B.**<sup>1</sup>, Araujo Hernández M.<sup>1</sup>, Pérez Espina R.<sup>2</sup>, Fernández Romero R.I.<sup>3</sup>, García Navarro S.<sup>4</sup>  
Institute(s): <sup>1</sup>Universidad de Huelva, Facultad de Enfermería, Huelva, Spain, <sup>2</sup>Hospital Vázquez Díaz, Huelva, Spain, <sup>3</sup>Equipo de soporte de  
Paliativos, Antequera, Málaga, Spain, <sup>4</sup>Distrito Sanitario Huelva-Costa-Condado-Campaña, Huelva, Spain



ANEXO 16. Póster: Influence of cultural diversity at the end of life: a phenomenological study. 16th world congress of the European Association for palliative care. 23-25 mayo 2019, Berlín, Alemania.



**EAPC 2019**  
16<sup>th</sup> World Congress of the European  
Association for Palliative Care  
Global palliative care – shaping the future  
23 – 25 May 2019 | Berlin, Germany

AUTORAS: Esperanza Begoña  
García Navarro, Miriam Araujo  
Hernández.....

**INFLUENCE OF CULTURAL DIVERSITY AT THE END OF LIFE: A  
PHENOMENOLOGICAL STUDY**

Author(s): **García-Navarro E.B.**<sup>1</sup>, Araujo Hernández M.<sup>1</sup>, García Navarro S.<sup>3</sup>, Pérez Espina R.<sup>2</sup>  
Institute(s): <sup>1</sup>Universidad de Huelva, Facultad de Enfermería, Huelva, Spain, <sup>2</sup>Hospital Vázquez Díaz, Huelva,  
Spain, <sup>3</sup>Distrito Sanitario Huelva-Costa-Condado-Campiña, Huelva, Spain

ANEXO 17. Comité científico de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.





**Universidad de Huelva**  
Vicerrectorado de Planificación Estratégica,  
Calidad e Igualdad.  
Entección de la Unidad de Salud



**uhu.es**



**COMPASSION**  
CULTURAL

## III JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA

**CERTIFICA:**  
**Dña. Miriam Araujo Hernández**

Por haber participado como **COMITÉ CIENTÍFICO** en la III  
**JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL  
FINAL DE LA VIDA**, celebradas los días 26 y 27 de mayo de 2021.

Directora de la Unidad de Salud de la Universidad de Huelva y coordinadora del  
proyecto de innovación Competencia Cultural al final de la vida

Fdo.: D<sup>a</sup> Esperanza Begoña García Navarro

<b>FIRMADO POR</b>	ESPERANZA BEGOÑA GARCIA NAVARRO	<b>FECHA</b>	26/05/2021
<b>ID. FIRMA</b>	firmas.uhu.es	<b>PÁGINA</b>	1/1
 <p>VFPF0562751DE1E261E616A8A8E=</p>			

Código Seguro de verificación: <https://sede.uhu.es/verificafirma> - Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://verificafirma.uhu.es/verificafirma>  
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 58/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

ANEXO 18. Comité organizador de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.






**III JORNADAS INTERNACIONALES DE  
COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA**

**CERTIFICA:**

**Dña. Miriam Araujo Hernández**

Por haber participado como **COMITÉ ORGANIZADOR** en la III  
JORNADAS INTERNACIONALES DE **COMPETENCIA CULTURAL AL  
FINAL DE LA VIDA**, celebradas los días 26 y 27 de mayo de 2021.

Directora de la Unidad de Salud de la Universidad de Huelva y coordinadora del  
proyecto de innovación Competencia Cultural al final de la vida

Fdo.: D<sup>a</sup> Esperanza Begoña García Navarro

Código Seguro de Verificación: [1b8d8722m5c4gs8p03sr/70c](https://sede.uhu.es/verificafirma/1b8d8722m5c4gs8p03sr/70c). Permite la verificación de la integridad de una  
copia de este documento electrónico en la dirección: <https://verificafirma.uhu.es/verificafirma>  
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

ESPERANZA BEGOÑA GARCIA NAVARRO  
1b8d8722m5c4gs8p03sr/70c==

1b8d8722m5c4gs8p03sr/70c==

FIRMADO POR	ESPERANZA BEGOÑA GARCIA NAVARRO	FECHA	26/05/2021
ID. FIRMA	1b8d8722m5c4gs8p03sr/70c==	PAGINA	1/1

ANEXO 19. “Cooperación y cuidados al final de la vida. Una experiencia en África subsahariana” de las III Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, celebrada los días 26 y 27 de mayo de 2021.



<small>Código Seguro de verificación: s02b0f9cc7bves1v8s8au/A== Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificarfirma.uhu.es/verificarfirma">https://verificarfirma.uhu.es/verificarfirma</a>                  Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.             </small>			
FIRMADO POR	ESPERANZA BEGOÑA GARCÍA NAVARRO	FECHA	28/05/2021
ID. FIRMA	firma.uhu.es	PÁGINA	1/1
 <small>s02b0f9cc7bves1v8s8au/A==</small>			

ANEXO 20. Curso Internacional organizado por la Universidad de Huelva (UHU) y la Universidad Técnica Particular de Loja-Ecuador “Abordaje del duelo en tiempos de covid19” desarrollado del 19 de enero al 10 de febrero de 2021. Curso en formato virtual.



<small>Código Seguro de verificación: +UUV67+h3NvX9S0j+7E4iW==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://verificafirma.uhu.es/verificafirma">https://verificafirma.uhu.es/verificafirma</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</small>			
FIRMADO POR	ISABEL MARIA RODRIGUEZ GARCIA	FECHA	17/05/2021
ID. FIRMA	firma.uhu.es +UUV67+h3NvX9S0j+7E4iW==	PÁGINA	1/2
 +UUV67+h3NvX9S0j+7E4iW==			



## “Abordaje del duelo en tiempos de covid19”

Fecha de celebración: del 19 de enero al 10 de febrero de 2021  
Curso en formato virtual

### PROGRAMA DEL CURSO

#### MÓDULO 1. La resistencia Humana ante las pérdidas y el duelo.

Modelo humanizar. Intervención en duelo  
Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo  
Las pérdidas y el duelo  
Duelo y significado  
Resistencia a la pérdida

#### MÓDULO 2. Tipos de pérdidas.

Tipos de Pérdida en duelo  
Predictores de duelo complicado  
Clinical Handbook of Bereavement  
Bereavement care  
Grieving lessons

#### MÓDULO 3. Factores de vulnerabilidad y protección.

Factores de riesgo y protección  
Cuando muere un ser querido  
Factores de duelo complicado  
Factores de riesgo del duelo  
New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality

#### MÓDULO 4. Duelo en tiempos de COVID.

Covid. Pérdidas asociadas a la pandemia.  
Cambiando la perspectiva del proceso de morir  
Guía duelo covid  
Guía familiares duelo  
Recomendaciones duelo covid

#### MÓDULO 5. Estrategias sustitutivas como motor de protección durante la pandemia.

Social Grief: A Grounded Theory of Utilizing Status Updates on Facebook as a Contemporary Ritual  
Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa

#### MÓDULO 6. Acompañamiento y comunicación con los dolientes.

Acompañar al final de la vida  
Acompañar en el proceso final.  
Guía de acompañamiento al final de la vida  
Comunicación: el diálogo al final de la vida evita el sufrimiento  
Conspiración de silencio

#### TALLER VIVENCIAL

Código Seguro de verificación: +UVY67+h5NvW98Wj+7E4lw==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://verificafirma.uhu.es/verificafirma>  
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	ISABEL MARIA RODRIGUEZ GARCIA		FECHA	17/05/2021
ID. FIRMA	firma.uhu.es	+UVY67+h5NvW98Wj+7E4lw==	PÁGINA	2/2
 +UVY67+h5NvW98Wj+7E4lw==				

ANEXO 21. Póster: “La disciplina enfermera de atención primaria como factor de sostenibilidad del sistema sanitario durante la pandemia covid19”, en el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería, celebrado del 17 al 24 de marzo de 2021.



**D. José María Vázquez Chozas**  
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



## Certifica que:

**ARAUJO HERNÁNDEZ, MIRIAM**

Autor principal

Ha participado con la Comunicación tipo Póster:

**LA DISCIPLINA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO FACTOR DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID19**

**En el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**  
Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 3 Área temática 2 Capítulo 89

Editado por **FUNCIDEN**  
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-14-0  
Depósito Legal: M-28323-2020



José María Vázquez Chozas  
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

ANEXO 22. Ponente Acompañamiento al final de la vida. Terapia farmacológica y no farmacológica en cuidados paliativos. Uso Racional del Medicamento. 25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC. 6, 7 y 8 de octubre de 2016.



El Comité Organizador certifica que

D. / D<sup>a</sup>. **Miriam Araujo Hernandez**

ha colaborado en calidad de

Ponente en la actividad: Taller: Área 1: Acompañamiento al final de la vida. Terapia farmacológica y no farmacológica en cuidados paliativos. Uso Racional del Medicamento. (2 h)

en el **25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC**,  
celebrado en el Hotel Barceló Punta Umbría Beach Resort de Punta Umbría, Huelva,  
los días 6, 7 y 8 de octubre de 2016.

En Punta Umbría, Huelva, a 8 de octubre de 2016



**Dr. D. Javier López González**  
Presidente del Comité Organizador

En Huelva a 13 de julio de 2016

Estimada Sra. D<sup>a</sup>. Miriam Araujo Hernández,

Nos dirigimos a usted en nombre del Presidente del Comité Organizador y la Presidenta del Comité Científico del 25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC que tendrá lugar los días 6, 7 y 8 de octubre de 2016 en el Hotel Barceló Punta Umbria Beach Resort de Huelva para confirmar su participación como **Ponente** en la siguiente actividad:

**Tipo de actividad: Área 1. Taller**

**Nombre de la actividad: Acompañamiento al final de la vida. URM\***

**Día: Sabado 8 de octubre de 2016**

**Hora: 09:30-11:30h**

*(Le recordamos que esta información es provisional y está sujeta a posibles cambios).*

Por otra parte, con tal de que así conste en el programa científico, rogamos nos confirme sus datos de filiación que le especificamos a continuación (nombre, apellido, apellido. Profesión. Trabajo actual. Provincia. Pertenece a algún grupo de trabajo de SAMFyC o semFYC). En el caso de que estos datos estén desactualizados o sean incorrectos, rogamos nos indique los correctos.

**Enfermera. en el Servicio de Neumología en el Complejo Hospitalaria de Huelva. Docente de la Asignatura de Enfermería Infantil y de la Adolescencia Facultad de Enfermería de Huelva. (Huelva).**

Les recordamos que, como norma general, los talleres de dos horas constarán de un ponente al que se cubrirán gastos de inscripción, transporte y alojamiento a cargo del congreso. En el caso de los talleres de 3-4 horas se cubrirán los gastos a dos ponentes a cargo del congreso. A los ponentes extras, se les certificará la actividad pero no se les cubrirá los gastos.

Por último indicarle que es muy importante que **nos remita la confirmación de su participación por escrito en los próximos días** a través de la Secretaría Técnica, en el siguiente email: [ajurado@andaluzacongresosmedicos.com](mailto:ajurado@andaluzacongresosmedicos.com)

Esperamos poder saludarle próximamente.

Reciba un cordial saludo,

**Dr. D. Javier López González**  
Presidente del Comité Organizador

**Dra. D<sup>a</sup>. Rocio Medero Canela**  
Presidenta del Comité Científico



## ANEXO 23. Guía de la asignatura “Afrontamiento a la muerte” del grado en enfermería de la Universidad de Huelva.



### A) DATOS BÁSICOS DE LA ASIGNATURA

<b>ASIGNATURA: AFRONTAMIENTO A LA MUERTE</b>		<b>PLAN DE ESTUDIOS: GRADO EN ENFERMERÍA (PLAN 2009)</b>	
<b>CÓDIGO: 3030096</b>	<b>AÑO ACADÉMICO: 2020/21</b>		
<b>TIPO: OBLIGATORIO</b>	<b>CURSO: CUARTO</b>	<b>CUATRIMESTRE: PRIMERO</b>	
<b>CRÉDITOS ECTS: 6</b>	<b>HORAS GRAN GRUPO: 34</b>	<b>HORAS PEQUEÑO GRUPO: 26</b>	
<b>IDIOMA ESPAÑOL</b>			
<b>HORARIO DE CLASES</b> (enlace a la web): <a href="https://enf4.acentoweb.com/informacion-academica/horarios">https://enf4.acentoweb.com/informacion-academica/horarios</a>			

### B) DATOS BÁSICOS DEL PROFESORADO

<b>COORDINADOR/A:</b>	Esperanza Begoña García Navarro				
	CENTRO: Facultad de Enfermería				
	DEPARTAMENTO: ENFERMERÍA				
	CORREO: <a href="mailto:bego.gu@denf.uhu.es">bego.gu@denf.uhu.es</a>			DESPACHO: 41	
	TELÉFONO: 959218336				
<b>Tutorías</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
	08:30-14:30	---	---	---	---

Cada tutor/a especificará en la plataforma Moodle de la asignatura los grupos a los que imparte docencia, en su caso T1, T2 y/o L1...L8

### C) DATOS ESPECÍFICOS DE LA ASIGNATURA

#### C.1) RESUMEN DE CONTENIDOS

Intervención de enfermería en el proceso de atención al paciente al final de la vida. Componente cultural de la muerte. Afrontamiento de la muerte paciente familia. Atención de enfermería en las diferentes situaciones de pérdidas. Modelos de actitud compasiva en el proceso final. Afrontamiento del duelo. Metodología enfermera: aproximación al plan de cuidados de enfermería en los últimos días de vida, agonía, muerte y duelo.

#### C.2) CONTEXTO DENTRO DE LA TITULACIÓN

Es una asignatura optativa que se imparte en el cuarto curso y durante el primer semestre. Es la encargada de aportar al currículum la dimensión del paciente al final de la vida los cuidados y el conocimiento de sus diferentes contextos, incluida la dimensión educadora de la profesión. No se han establecido requisitos previos, pero es necesario que el/la alumno/a utilice los conocimientos previos adquiridos sobre comunicación, cuidados paliativos y metodología enfermera, pues serán necesarios para un adecuado seguimiento del proceso enseñanza aprendizaje en esta asignatura

#### C.3) REQUISITOS RECOMENDABLES

No se han establecido requisitos previos, pero es necesario que el/la alumno/a utilice los conocimientos previos adquiridos sobre la comunicación, así como de la asignatura de salud mental y relación de ayuda, pues serán necesarios para un adecuado seguimiento del proceso enseñanza aprendizaje en esta asignatura.



#### C.4) COMPETENCIAS

##### COMPETENCIAS TRANSVERSALES /GENÉRICAS

- G1. Capacidad de análisis y síntesis.
- G2. Capacidad para aplicar conocimientos a la práctica
- G11. Capacidad de decisión y resolución de problemas
- G13 Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia
- G20. Compromiso ético
- G21. Sensibilidad hacia temas de la realidad social, económica y medioambiental

##### COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- EU74. Conocer e identificar las principales manifestaciones en enfermos, familiares y profesionales ante la muerte, así como los distintos tipos de duelo.
- EU75. Capacidad para determinar las estrategias de cuidados que facilitan un afrontamiento adecuado ante la muerte.

#### C.5) RESULTADOS DEL APRENDIZAJE

- El alumnado que haya completado con éxito la materia podrá:
- Exponer con rigor conceptual, a través de los procesos evaluativos previamente planificado, las diferentes manifestaciones de los enfermos, familiares y profesionales de la salud ante la muerte, así como los distintos tipos de duelo.
  - Seleccionar, justificar con la evidencia disponible y utilizar, a partir de situaciones problemas previamente planificadas, intervenciones cuidadoras que faciliten el desarrollo de un afrontamiento adecuado al proceso de muerte

#### C.6) METODOLOGÍA DOCENTE

- El alumnado que haya completado con éxito la materia podrá:
- Exponer con rigor conceptual, a través de los procesos evaluativos previamente planificado, las diferentes manifestaciones de los enfermos, familiares y profesionales de la salud ante la muerte, así como los distintos tipos de duelo.
  - Seleccionar, justificar con la evidencia disponible y utilizar, a partir de situaciones problemas previamente planificadas, intervenciones cuidadoras que faciliten el desarrollo de un afrontamiento adecuado al proceso de muerte.
  - Relacionarse de manera efectiva con el equipo de salud en situaciones de final de vida



<b>HORAS DE TRABAJO DEL ALUMNADO</b>		
<b>TRABAJO PRESENCIAL (epígrafes basados en la Memoria de Verificación)</b>		
<b>CONTEXTO MÓDULO</b>	<b>TIPO DE ACTIVIDAD Y/ O METODOLOGÍA</b>	<b>HORAS</b>
<b>Grupos Grandes</b>		
<b>Aula</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Exposiciones magistrales, con o sin empleo de recursos multimedia. <input checked="" type="checkbox"/> Exposiciones dialogadas. <input checked="" type="checkbox"/> Técnicas de dinamización (Torbellino de Ideas, Phillips-66, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Presentación de trabajos. <input checked="" type="checkbox"/> Foros de debate. <input checked="" type="checkbox"/> Dramatizaciones. <input checked="" type="checkbox"/> Comunicación de experiencias. <input checked="" type="checkbox"/> Visualización de escenarios reales o virtuales (videos, películas, imágenes)	<b>34</b>
<b>Grupos Pequeños</b>		
<b>Seminario Laboratorio Sala simulación</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Demostraciones prácticas. <input type="checkbox"/> Entrenamiento guiado. <input checked="" type="checkbox"/> Simulaciones en contextos reales. <input checked="" type="checkbox"/> Dramatizaciones. <input checked="" type="checkbox"/> Autocrítica y heterocrítica. <input checked="" type="checkbox"/> Aprendizaje en Base a Problemas.	<b>26</b>
<b>Prácticas Asistenciales</b>		
	<input type="checkbox"/> Observación sistemática <input type="checkbox"/> Diario de campo <input type="checkbox"/> Análisis crítico reflexivo de las interacciones individuales y grupales. <input type="checkbox"/> Exposición a modelos. <input type="checkbox"/> Actividades de: valoración, diagnóstico, programación, plan de cuidados, seguimiento, etc. <input type="checkbox"/> Entrevistas clínicas, actividades de educación para la salud, transmisión de información, etc. <input type="checkbox"/> Ejecución de técnicas y procedimientos clínicos. <input type="checkbox"/> Entrenamiento guiado. <input type="checkbox"/> Sesiones clínicas. <input type="checkbox"/> Participación en sesiones formativas y de trabajo del equipo de atención.	<b>&gt;&gt;&gt;&gt;</b>
<b>TOTAL TRABAJO PRESENCIAL</b>		<b>60</b>
<b>TRABAJO NO PRESENCIAL (epígrafes basados en la Memoria de Verificación)</b>		
<b>CONTEXTO</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS</b>
<b>Estudio y trabajo personal (estudio autónomo)</b>		
		<b>20</b>
<b>Espacio virtual</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Foros de debate. <input checked="" type="checkbox"/> Chats programados. <input checked="" type="checkbox"/> Tutorías.	<b>5</b>
<b>Espacio autogestionado: trabajos guiados personales y en grupos pequeños</b>	Elaboración de trabajos de: <input type="checkbox"/> análisis e interpretación de datos <input type="checkbox"/> construcción de algoritmos y tramas conceptuales <input type="checkbox"/> elaboración de síntesis <input type="checkbox"/> investigación y análisis documental	<b>10</b>



<input type="checkbox"/> resolución de problemas y estudio de casos. <input checked="" type="checkbox"/> Aprendizaje en Base a Problemas (ABP). <input type="checkbox"/> Manejo de software específico <input type="checkbox"/> Autoaprendizaje tutorizado mediante e-learning (moodle)	
<b>TUTORIAS PROGRAMADAS INDIVIDUAL/GRUPO</b>	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación / asesoramiento.</li> <li>• Retroalimentación.</li> </ul>	
<b>PRUEBAS DE EVALUACIÓN</b>	5
<b>TOTAL TRABAJO NO PRESENCIAL TUTORIAS PROGRAMADAS Y PRUEBAS</b>	45

**C.7) CRONOGRAMA SEMANAL TRABAJO DEL ALUMNADO CON EL PROFESORADO**

El cronograma de la asignatura será publicado al comienzo del curso en la plataforma virtual Moodle correspondiente a la asignatura: <http://moodle.uhu.es/>

**C.8) CONTENIDO TEMÁTICO DE LA ASIGNATURA**

<b>UNIDAD I</b>	<b>LA MUERTE EN LAS SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS</b>
<b>Temas:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proceso de la muerte desde un enfoque pluridisciplinar.</li> <li>2. Evolución histórica de la muerte en la sociedad occidental. Morir y vivir en la sociedad actual.</li> </ol>
<b>UNIDAD II</b>	<b>REDES SOCIALES EN EL PROCESO FINAL</b>
<b>Temas:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Redes Sociales y apoyo social como factor protector del afrontamiento al final de la vida. Tipos de apoyo social.</li> <li>4. Utilización de redes sociales en la sociedad actual</li> </ol>
<b>UNIDAD III</b>	<b>CONTEXTUALIZACIÓN SOCIOCULTURAL DEL FENÓMENO DE LA MUERTE EN ENFERMERÍA</b>
<b>Temas:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. El componente cultural de la muerte. La muerte en las distintas culturas.</li> <li>6. Gestión de la diversidad en el final de la vida</li> <li>7. Cuidados culturales en el proceso final</li> </ol>
<b>UNIDAD IV</b>	<b>CLAVES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ÚLTIMOS DÍAS</b>
<b>Temas:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Acompañamiento familiar</li> <li>9. Acompañamiento propio</li> <li>10. Acompañamiento del sistema</li> </ol>
<b>UNIDAD V</b>	<b>CUIDADOS COM-PASIÓN. LA ACTITUD COMPASIVA COMO BIENESTAR AL FINAL DE LA VIDA</b>
<b>Temas:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Compasión en el final de la vida como modelo de bienestar en los cuidados</li> <li>12. Modelos de comunidades compasivas para el proceso final</li> <li>13. Comunidades compasivas universitarias.</li> </ol>



**UNIDAD VI AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE Y LA FAMILIA. FACTORES FACILITADORES**

- Temas:** 14. Inteligencia y emociones para las estrategias de afrontamiento  
15. Afrontamiento del paciente al final de la vida.

**UNIDAD VII EL DUELO. CONCEPTUALIZACIÓN E INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO.**

- Temas:** 16. Conceptualización del duelo: Definición. Tipos de duelos. Mecanismos de defensa.  
17. El proceso normal y patológico del duelo y sus etapas.  
18. Las tareas del duelo.  
19. Counselling aplicado al Duelo. Taller Vivencial.

**C.9) BIBLIOGRAFIA**

- Araujo, M, García, S, García-Navarro B. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa, ' Enfermería Clínica (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- López Lechuga, R. (2016). Concepciones y actitudes ante la muerte: teorías implícitas, determinantes socioculturales y aspectos psicológicos relacionados.
- García-Navarro, B, Pérez, R, García, S, G. & Ortega, A(2011). El componente cultural de la muerte: acompañando a Fabala Dambele. *Medicina Paliativa*, 18(1), 8-13.
- Boceta J, Alonso A. *Control de síntomas neuropsicológicos*. Atención Primaria. 2006; 38(2): 57-64.
- Soto-Rubio A, Salvador E, Pérez-Marín M. *Factores de Riesgo de Duelo Complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una Revisión Sistemática*. Calidad de vida y salud. 2019;12(2):29-39.
- García-Navarro, B, Pérez, R, P, García, S. (2012). Me llamo Dominga: relato de una mujer en fase terminal. *Cultura de los cuidados*, (24), 88-93.
- Ruiz-Fernández M, Ortega-Galán A, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega M, Relinque-Medina F et al. *Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios*. Enfermería Universitaria. 2017;14(1):10-18
- Barbero J, Alameda A, Díaz L, Jiménez M, García H. *Las cartas de condolencia: marco conceptual y protocolo*. *Medicina Paliativa*. 2014;21(4):160-172
- Barreto M, García-Vivar C, Dupas G, Misue L, Macon S. *La ausencia familiar en la atención de urgencia conlleva sufrimiento en pacientes y familiares*. *Enfermería Intensiva*. 2019.
- Efstathiou N, Walker W, Metcalfe A, Vanderspank-Wright B. *The state of bereavement support in adult intensive care: A systematic review and narrative synthesis*. *Journal of Critical Care*. 2019; 50: 177-187.
- McAdam J, Puntillo K. *Pilot Study Assessing the Impact of Bereavement Support on Families of Deceased Intensive Care Unit Patients*. *American Journal of Critical Care*. 2018; 27(5): 372-380.
- Glajchen M, Goehring A. *The Family Meeting in Palliative Care: Role of the Oncology Nurse*. *Seminars in Oncology Nursing*. 2017;33(5):489-497.
- Rückholdt M, Tofler G, Randall S, Buckley T. *Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review*. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;97:40-54.
1. Catania-Opris C. 2016. *Social Grief: A Grounded Theory of Utilizing Status Updates on Facebook as a Contemporary Ritual*. Doctoral dissertation. Nova Southeastern University. Retrieved from NSUWorks, College of Arts, Humanities and Social Sciences – Department of Family Therapy.
2. Oliver A, Galiana L, Benito E. *Evaluation tools for spiritual support in end of life care*. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2015;9(4):357-360.
3. Areia N, Major S, Relvas A. *Needs of the terminally ill's relatives in palliative care: Critical review of literature*. *Psychologica*. 2017;1(60):137-152.
4. Bartone P, Bartone J, Violanti J, Gileno Z. *Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review*. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2019;80(1):137-166.
5. SECPAL, *Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (Covid-19) 2020*



#### C.10) EVALUACIÓN

##### Requisitos para obtener Matrícula de Honor:

Deberá incluir los requisitos que se estimen oportunos para la concesión de la mención «Matrícula de Honor» con el objetivo de discriminar situaciones de equidad en la calificación final en el caso de que pudiera haber más candidatos que posibilidades de matrículas de honor por número de estudiantes en la asignatura.

La mención de "matrícula de honor" podrá ser otorgada a alumnos/as que hayan obtenido una calificación igual o superior a 9.00 como nota final de la evaluación y hayan asistido al Taller Vivencial de la asignatura.

El alumno propuesto a Matrícula de Honor realizará un trabajo complementario para la consecución de la misma.

Sistema y criterios de evaluación, calificaciones mínimas exigibles y ponderación, en su caso, de cada una de las actividades en la calificación final por cada una de las convocatorias I (febrero/junio), II (septiembre) y III (diciembre).

##### Alumnado PRESENCIAL:

La calificación final se realizará a través de los trabajos -del contenido de clase- recogidos en el portafolio que presentará el alumno a final de curso, siendo por lo tanto imprescindible la asistencia a misma, la cual se tendrá también en cuenta para la evaluación.

La asistencia debe ser de al menos el 90% de las horas de clase, por lo que se pasará parte de firmas para su control. Esa asistencia supondrá un 30% de peso en la evaluación final.

La presentación por escrito tendrá un 20% de peso en la evaluación final y la participación en la exposición-discusión de los mismos otro 15%.

Se trata, como se deduce de lo anterior, de una evaluación continuada, sin que exista prueba final (examen), exigiéndose al final un trabajo de aplicación práctica del contenido de su portafolio que se entregará individualmente o en grupo (dependiendo del número de alumnos). Esta actividad final será evaluada por el profesor y supondrá un 35% de peso en la calificación final.

##### Alumnado NO PRESENCIAL:

La presentación de las actividades y la discusión en el foro tendrán en este caso la misma validez que la suma de la asistencia, la presentación de trabajos y la discusión de los mismos que se exige a los alumnos presenciales, es decir, un 65% de la calificación final, y la presentación a través de la Moodle de la actividad final un 35% de dicha calificación.

Para el alumnado que justifique trabajar en el horario de clase se flexibilizarán las actividades, procurando adaptarlas a la no presencialidad.

Pruebas de progreso/ Trabajos por módulo: Portafolio 65%

Valoración de la participación con aprovechamiento en clase 35%

En las convocatorias II y III de septiembre y diciembre respectivamente, se guardará la nota obtenida por el alumno en las diferentes evaluaciones de participación con aprovechamiento en clase teniendo en cuenta que aquello que no esté superado en evaluación continua se incluirá en el contenido de la prueba -Examen-, que tendrá el valor del 100% de la nota.



**Descripción de las pruebas que forman parte de la evaluación final (materia objeto de examen, modalidad, duración, estructura y material didáctico, condiciones y documentación a utilizar si lo hubiera).**

En aplicación del artículo 8.2 del Reglamento de evaluación para las titulaciones de Grado y Máster Oficial de la Universidad de Huelva (CG de 13 de marzo de 2019) se podrá acoger a la evaluación única final en los términos recogidos en dicho reglamento. Con un examen que recogerá el contenido que se aporta en los contenidos de los módulos que componen la asignatura con el valor del 100% de la nota.

## ANEXO 24. El plan de formación INFIRMIER.

COSEPS

### PROGRAMME D'ETUDE DE LA 1<sup>ERE</sup> ANNEE T.C LMD / APC

RECAPITULATIF DU PREMIER SEMESTRE. SCIENCES INFIRMIERES ET OBSTETRIQUES. TRONC COMMUN								
Compétences Visées	Unités d'Enseignement	Sigle	Elément Constitutif	VHC	VHE	VHT	Crédit	
Analyser les professions infirmière et sage-femme	Professions Infirmière et Sages Femme (SIO111)	SIO1111	Profession infirmière/sage-femme	10	40	120	6	
		SIO1112	Ethique, code de déontologie de l'IDE et de la SFE, charte du client	20				
		SIO1113	Système National de Santé	6				
		SIO1114	Législation du travail	12				
		SIO1115	Théorie et concepts des Soins infirmiers/obstétricaux, Démarche de soins	24				
		SIO1116	Méthodologie de travail	6				
		SIO1117	Rédaction administrative	12				
Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain	L'être Humain et son Alimentation (SIO112)	SIO1121	Anatomie et Physiologie générale	26	30	160	8	
		SIO1122	Anatomie et physiologie obstétricale	22				
		SIO1123	Psychologie	20				
		SIO1124	Sociologie	10				
		SIO1125	Psycho-sociologie/ Anthropologie	12				
		SIO1126	Puériculture	12				
		SIO1127	Nutrition /Diététique	12				
		SIO1128	Biologie humaine	10				
	Notions de Bases sur les Situations Cliniques se Référant aux Pathologies (SIO113)		SIO1131	Microbiologie	36	40	140	7
			SIO1132	Parasitologie	12			
			SIO1133	Biochimie	12			
			SIO1134	Techniques de laboratoire	12			
			SIO1135	Sémiologie des différents appareils	8			
SIO1136			Pharmacologie générale	24				
Intervenir en santé communautaire	Santé Communautaire (SIO114)	SIO1141	Généralité sur la santé communautaire	6	10	40	2	
		SIO1142	Approches de santé communautaire	12				
		SIO1143	IEC/CC : communication fonctionnelle	12				
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux	Méthodes et Techniques de Base en Soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO115)	SIO1151	Evaluation de l'état de santé du client (Les Constantes)	10	32	100	5	
		SIO1152	Relation d'aide	20				
		SIO1153	Prévention des infections	18				
		SIO1154	Techniques de soins de base en médecine et chirurgie	20				
Appliquer le processus de la recherche.	Outils de Recherche (SIO116)	SIO1161	Anglais professionnel	10	10	40	2	
		SIO1162	Statistiques	20				
Total				360	240	600	30	

Volume Horaire Total : 600 H - Volume Horaires Cours : 360 H et Volume Horaire Etudiant : 240 H correspondant à 30 crédits

COSEPS

RECAPITULATIF DU DEUXIEME SEMESTRE. SCIENCES INFIRMIERES ET OBSTETRIQUES. TRONC COMMUN								
COMPETENCES VISEES	UNITES D'ENSEIGNEMENT	SIGLE	ELEMENT CONSTITUTIF	VHC	VHE	VHT	Crédit	
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales.	Prise en charge des affections primaires I (SIO121)	SIO1211	Pathologies Infectieuses et Tropicales	40	28	100	5	
		SIO1212	Pathologies chirurgicales	20				
		SIO1213	Diagnostiques infirmiers en rapport avec les pathologies étudiées	12				
	Prise en charge des affections primaires II (SIO122)		SIO1221	Pédiatrie	30	30	120	6
			SIO1222	Pathologies nutritionnelles	20			
SIO1223			Diagnostiques infirmiers et les interventions de soins	12				
SIO1224	Pharmacologie spéciale	24						
Intervenir en santé communautaire	Santé communautaire (SIO123)	SIO1231	Hygiène et assainissement	32	18	60	3	
		SIO1232	Soins de santé primaire	10				
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux (SIO124)	SIO1241	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux	84	46	160	8	
		SIO1242	Soins de secourisme	30				
Appliquer le processus de la recherche.	Processus de la recherche en santé (SIO125)	SIO1251	TIC (Bureautique et Internet)	20	8	40	2	
		SIO1252	Initiation à la Recherche en Sciences Infirmières	12				
Total				288	192	480	24	

Volume Horaire Total : 480 heures (Volume Horaires Cours : 288 H et volume horaire étudiant : 192 H) correspondant à 24 crédits.  
Stage : 6 crédits (soit 6\*45 heures = 270 heures)

#### Stage durant la première année.

Les stages débutent au deuxième semestre pour la majeure partie des pays. Toutefois certains commencent les stages au milieu du premier semestre. Dans tous les cas, les crédits alloués à ce premier stage sont reportés au tableau du deuxième semestre.

RECAPITULATIF DU PREMIER SEMESTRE. SCIENCES INFIRMIERES ET OBSTETRIQUES. TRONC COMMUN							
Compétences Visées	Unités d'Enseignement	Sigle	Elément Constitutif	VHC	VHE	VHT	Crédit
Analyser les professions infirmière et sage-femme	Professions Infirmière et Sages Femme (SIO111)	SIO1111	Profession infirmière/sage-femme	10	40	120	6
		SIO1112	Éthique, code de déontologie de l'IDE et de la SFE, charte du client	20			
		SIO1113	Système National de Santé	6			
		SIO1114	Législation du travail	12			
		SIO1115	Théorie et concepts des Soins infirmiers/obstétricaux, Démarche de soins	24			
		SIO1116	Méthodologie de travail	6			
		SIO1117	Rédaction administrative	12			
		Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain	L'être Humain et son Alimentation (SIO112)	SIO1121			
SIO1122	Anatomie et physiologie obstétricale			22			
SIO1123	Psychologie			20			
SIO1124	Sociologie			10			
SIO1125	Psycho-sociologie/ Anthropologie			12			
SIO1126	Puériculture			12			
SIO1127	Nutrition /Diététique			12			
SIO1128	Biologie humaine			10			
Notions de Bases sur les Situations Cliniques se Référant aux Pathologies (SIO113)	SIO1131		Microbiologie	36	40	140	7
	SIO1132		Parasitologie	12			
	SIO1133		Biochimie	12			
	SIO1134		Techniques de laboratoire	12			
	SIO1135		Sémiologie des différents appareils	8			
	SIO1136		Pharmacologie générale	24			
Intervenir en santé communautaire	Santé Communautaire (SIO114)	SIO1141	Généralité sur la santé communautaire	6	10	40	2
		SIO1142	Approches de santé communautaire	12			
		SIO1143	IEC/CC : communication fonctionnelle	12			
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux	Méthodes et Techniques de Base en Soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO115)	SIO1151	Évaluation de l'état de santé du client (Les Constantes)	10	32	100	5
		SIO1152	Relation d'aide	20			
		SIO1153	Prévention des infections	18			
		SIO1154	Techniques de soins de base en médecine et chirurgie	20			
Appliquer le processus de la recherche.	Outils de Recherche (SIO116)	SIO1161	Anglais professionnel	10	10	40	2
		SIO1162	Statistiques	20			
Total				360	240	600	30

Volume Horaire Total : 600 H - Volume Horaires Cours : 360 H et Volume Horaire Etudiant : 240 H correspondant à 30 crédits

RECAPITULATIF DU DEUXIEME SEMESTRE. SCIENCES INFIRMIERES ET OBSTETRIQUES. TRONC COMMUN							
COMPETENCES VISEES	UNITES D'ENSEIGNEMENT	SIGLE	ELEMENT CONSTITUTIF	VHC	VHE	VHT	Crédit
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales.	Prise en charge des affections primaires I (SIO121)	SIO1211	Pathologies Infectieuses et Tropicales	40	28	100	5
		SIO1212	Pathologies chirurgicales	20			
		SIO1213	Diagnostique infirmiers en rapport avec les pathologies étudiées	12			
	Prise en charge des affections primaires II (SIO122)	SIO1221	Pédiatrie	30	30	120	6
		SIO1222	Pathologies nutritionnelles	20			
		SIO1223	Diagnostique infirmiers et les interventions de soins	12			
SIO1224	Pharmacologie spéciale	24					
Intervenir en santé communautaire	Santé communautaire (SIO123)	SIO1231	Hygiène et assainissement	32	18	60	3
		SIO1232	Soins de santé primaire	10			
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux (SIO124)	SIO1241	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux	84	46	160	8
		SIO1242	Soins de secourisme	30			
Appliquer le processus de la recherche.	Processus de la recherche en santé (SIO125)	SIO1251	TIC (Bureautique et Internet)	20	8	40	2
		SIO1252	Initiation à la Recherche en Sciences Infirmières	12			
Total				288	192	480	24

Volume Horaire Total : 480 heures (Volume Horaires Cours : 288 H et volume horaire étudiant : 192 H) correspondant à 24 crédits.

Stage : 6 crédits (soit 6\*45 heures = 270 heures)

#### Stage durant la première année.

Les stages débutent au deuxième semestre pour la majeure partie des pays. Toutefois certains commencent les stages au milieu du premier semestre. Dans tous les cas, les crédits alloués à ce premier stage sont reportés au tableau du deuxième semestre.

COSEPS

## PROGRAMME D'ETUDE DE LA 3EME ANNEE LICENCE EN SCIENCES INFIRMIERES (IE3)

RECAPITULATIF DU CINQUIEME SEMESTRE, SCIENCES INFIRMIERES							
Compétence visée	Unité d'enseignement	Sigle	Elément constitutif	VHC	VHE	VHT	Crédit
Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain.	Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain. (SIO351)	SIO3511	Pharmacologie spéciale	10	00	50	2,5
		SIO3512	Gériatrie	12			
		SIO3513	Gastro-entérologie	16			
		SIO3514	Imagerie médicale (radiologie, ECG et échographie)	12			
Intervenir en santé communautaire	Santé communautaire (SIO352)	SIO3521	Gestion des catastrophes/Fléaux sociaux	10	20	50	2,5
		SIO3522	Démarche de résolution de problème de santé communautaire	20			
Prodiguer des soins infirmiers	Soins infirmiers (SIO353)	SIO3531	Soins infirmiers spécialisés	42	28	70	3,5
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales.	Prise en charge spécialisée des pathologies médico-chirurgicales I (SIO354)	SIO3541	Oncologie/cancérologie	15	48	120	6
		SIO3542	Endocrinologie	12			
		SIO3543	Hématologie	12			
		SIO3544	Cardiologie	15			
		SIO3545	Chirurgie infantile	10			
		SIO3546	Diagnosics infirmiers en rapport avec les pathologies	8			
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales.	Prise en charge spécialisée des pathologies médico-chirurgicales II (SIO355)	SIO3551	Psychiatrie	15	50	110	5,5
		SIO3552	Néphrologie	15			
		SIO3553	Réanimation	20			
		SIO3554	Diagnosics infirmiers en rapport avec les pathologies médico-chirurgicales	10			
<b>Total</b>				<b>254</b>	<b>146</b>	<b>400</b>	<b>20</b>

*Récapitulatif du cinquième semestre (Option infirmier)*

Volume horaire total : 400 heures (volume horaires cours : 254 h et volume horaire étudiant : 146 h) correspondant à 20 crédits.

Stage : 10 crédits (soit 10\*45 heures = 450 heures)

COSEPS

## PROGRAMME D'ETUDE DE LA 3EME ANNEE LICENCE EN SCIENCES INFIRMIERES (IE3)

RECAPITULATIF DU SIXIEME SEMESTRE, SCIENCES INFIRMIERES							
Compétence visée	Unités d'enseignement	Sigle	Elément constitutif	VHC	VHE	VHT	Crédit
Appliquer le processus de la recherche.	Processus de la recherche (SIO361)	SIO3611	Processus de recherche en sciences infirmières	40	20	60	3
Assurer le management des soins infirmiers et obstétricaux.	Management des Soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO362)	SIO3621	Formation/Supervision du personnel	15	63	160	8
		SIO3622	Gestion/Administration	25			
		SIO3623	Gestion du changement	10			
		SIO3624	Dynamique de groupe	15			
		SIO3625	Documents normatifs en santé	10			
		SIO3626	Stress et épuisement professionnel	12			
		SIO3627	Développement professionnel	10			
<b>Total</b>				<b>137</b>	<b>83</b>	<b>220</b>	<b>11</b>

*Récapitulatif du cinquième semestre (Option infirmier)*

Volume horaire total : 220 heures (volume horaires cours : 137 h et volume horaire étudiant : 83 h) correspondant à 11 crédits.

Stage : 9 crédits (soit 9\*45 heures = 405 heures)

RECAPITULATIF DU TROISIEME SEMESTRE, SCIENCES INFIRMIERES							
Compétence visée	Unité d'enseignement	Sigle	Éléments constitutifs:	VHC	VHE	VHT	Crédit
Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain	Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain (SIO231)	SIO2311	Pathologies obstétricales	24	32	80	4
		SIO2312	Pathologies gynécologiques	12			
		SIO2313	Diagnostiques infirmier en rapport avec les pathologies obstétricales et gynécologiques	12			
Intervenir en santé communautaire	Santé communautaire (SIO232)	SIO2321	Stratégies conventionnelles et innovantes de communication (IEC, CCC, CIP, Plaidoyer)	20	18	60	3
		SIO2322	Enseignement à la clientèle	12			
		SIO2323	Étude du milieu	10			
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux.	Méthodes et techniques des soins Infirmiers et obstétricaux (SIO233)	SIO2331	Soins infirmiers obstétricaux/neonataux et gynécologiques	80	00	80	4
Assurer les soins promotionnels, préventifs et ré adaptatifs du couple mère-enfant	Soins promotionnels, préventifs et ré adaptatifs (SIO234)	SIO2341	Suivi post natal	8	40	100	5
		SIO2342	consultation des enfants sains	8			
		SIO2343	Planification familiale/Technologie contraceptive	20			
		SIO2344	Soins en Kinesithérapie	10			
		SIO2344	Éducation à la vie Familiale (Santé sexuelle/ santé de la reproduction des adolescents et des jeunes et Approche genre etc.)	14			
Prodiguer des soins infirmiers	Soins infirmiers (SIO235)	SIO2351	Prise en charge infirmière : pensée critique et jugement clinique, modèles conceptuels et démarche de soins infirmiers	60	40	100	5
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales.	Prise en charge des pathologies médico-chirurgicales (SIO236)	SIO2361	Traumatologie /orthopédie	30	20	80	4
		SIO2362	Chirurgies digestives	20			
		SIO2363	Diagnostiques infirmiers en Traumatologie /orthopédie et chirurgies digestives	10			
		<b>Total</b>		<b>350</b>			

**Récapitulatif du troisième semestre (option infirmier)**

Volume horaire total : 500 heures (volume horaires cours : 350 h et volume horaire étudiant : 150 h) correspondant à 25 crédits. Stage : 5 crédits (soit 5\*45 heures = 225 heures)

RECAPITULATIF DU QUATRIEME SEMESTRE, SCIENCES INFIRMIERES							
Compétence visée	Unité d'enseignement	Sigle	Élément constitutif	VHC	VHE	VHT	crédit
Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain.	Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain (SIO241)	SIO2411	Pathologies obstétricales II	12	24	60	3
		SIO2412	Pathologies gynécologiques II	12			
		SIO2413	Prise en charge syndromique des IST	8			
		SIO2414	Diagnostiques infirmiers	4			
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux.	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux (SIO242)	SIO2421	Soins infirmiers à la mère et au nouveau-né (SONUC, SONUB, soins essentiels du nouveau-né, ct.)	30	10	40	2
Appliquer le processus de la recherche.	Processus de la recherche (SIO243)	SIO2431	Différents types de recherche en sciences infirmières	10	40	100	5
		SIO2432	Statistiques appliquée à la santé	15			
		SIO2433	Epidémiologie	20			
		SIO2434	Démographie	15			
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales	Prise en charge des affections courantes (SIO244)	SIO2441	Pharmacologie	12	56	140	7
		SIO2442	Dermatologie	15			
		SIO2443	ORL	16			
		SIO2444	Ophthalmologie	15			
		SIO2445	Neurologie	16			
		SIO2446	Diagnostiques infirmiers en rapport avec les pathologies	10			
Assurer la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales.	Prise en charge des pathologies médico-chirurgicales (SIO246)	SIO2461	Pneumologie	15	64	160	8
		SIO2462	Pathologies digestives	15			
		SIO2463	Odonto-Stomatologie	10			
		SIO2464	Urgences chirurgicales	15			
		SIO2465	Neurochirurgie	15			
		SIO2466	Urologie / andrologie	16			
		SIO2466	Diagnostiques infirmiers en rapport avec les pathologies	10			
		<b>Total</b>		<b>306</b>			

**Récapitulatif du Quatrième semestre (option infirmier)**

Volume horaire total : 500 heures (volume horaires cours : 306 h et volume horaire étudiant : 194 h) correspondant à 25 crédits. Stage : 5 crédits (soit 10\*45 heures = 225 heures)

RECAPITULATIF DU TROISIEME SEMESTRE, SCIENCES OBSTETRIQUES							
Compétences visée	Unité d'enseignement	Sigle	Elément constitutif	VHC	VHE	VHT	Crédit
Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain	Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain (SIO231)	SIO2311	Pharmacologie	10	40	90	4
		SIO2312	Pathologies obstétricales I	25			
		SIO2313	Pathologies gynécologiques I	15			
Intervenir en Santé communautaire	Santé communautaire (SIO232)	SIO2321	Stratégies conventionnelles et novatrices de communication (IEC/CCC, CIP, Plaidoyer)	12	28	70	4
		SIO2322	Démographie	10			
		SIO2323	Statistiques	10			
		SIO2324	Epidémiologie	10			
Appliquer les méthodes et techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux (SIO233)	SIO2331	Soins infirmiers obstétricaux/néonataux	36	24	60	3
Assurer les soins promotionnels, préventifs et ré adaptatifs du couple (mère-enfant)	Soins promotionnels, préventifs et ré adaptatifs (SIO234)	SIO2341	Suivi post natal SF	12	8	20	1
Fournir des soins prénatals de haute qualité pour la santé optimale de la femme pendant la grossesse (savoir détecter, traiter tôt les complications ou orientée les femmes vers une personne compétente)	Soins obstétricaux (SIO235)	SIO2351	Biologie de la reproduction humaine	15	40	100	5
		SIO2352	Grossesse	20			
		SIO2353	Consultation prénatale SF	25			
Prodiguer des soins culturellement acceptables et de haute qualité pendant la grossesse, le travail, et l'accouchement, réaliser un accouchement sans risque dans les conditions hygiéniques requises et faire face aux situations d'urgences particulières pour maximiser la santé des femmes et de leurs nouveau-nés	Prise en charge de l'accouchement et (les soins néonataux de base (SIO236)	SIO2361	Processus de travail SF	20	40	100	5
		SIO2362	Accouchement eutocique SF	25			
		SIO2363	Soins immédiats au nouveau-né	15			
<b>Total</b>				<b>260</b>	<b>180</b>	<b>440</b>	<b>22</b>

**Récapitulatif du troisième semestre (option sage femme)**

Volume horaire total : 440 heures (volume horaires cours : 260h et volume horaire étudiant : 180 h) correspondant à 22 crédits.

Stage : 8 crédits (soit 8\*45 heures = 360 heures)

RECAPITULATIF DU QUATRIEME SEMESTRE, SCIENCES OBSTETRIQUES							
Compétence visée	Unité d'enseignement	Sigle	Elément constitutif	VHC	VHE	VHT	Crédit
Prendre en charge une situation clinique en se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain	Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain (SIO241)	SIO2411	Pédiatrie	30	48	120	6
		SIO2412	Pathologies obstétricales II	22			
		SIO2413	Pathologies gynécologiques II	20			
Appliquer les méthodes et techniques des soins infirmiers et obstétricaux	Méthodes et Techniques des Soins Infirmiers et obstétricaux (SIO242)	SIO2421	Soins infirmiers obstétricaux/néonataux	36	24	60	3
Assurer les soins promotionnels, préventifs et ré adaptatifs du couple « mère-enfant »	Soins promotionnels, préventifs et ré adaptatifs (SIO243)	SIO2431	Consultation des enfants sains	18	32	80	4
		SIO2432	Planification familiale/Technologie contraceptive	20			
		SIO2433	Kinésithérapie	10			
Prodiguer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence pour maximiser la santé des mères et de leurs nouveaux nés	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SIO244)	SIO2441	Biologie de la reproduction humaine	20	72	180	9
		SIO2442	Accouchement à risque	28			
		SIO2443	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	20			
		SIO2444	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)	20			
		SIO2445	Santé périnatale et néonatale (SPNN)	20			
<b>Total</b>				<b>264</b>	<b>176</b>	<b>440</b>	<b>22</b>

**Récapitulatif du quatrième semestre (option sage femme)**

Volume horaire total : 440 heures (volume horaire cours : 264 h et volume horaire étudiant : 176 h) correspondant à 22 crédits.

Stage : 8 crédits (soit 8\*45 heures = 360 heures)

ANEXO 25. Programa de formación de enfermería en Senegal.

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un but – Une foi

-----



-----

PROGRAMME DE FORMATION  
UNION TRAVAIL PROGRES  
DANS LA PAIX ET LA COOPERATION  
DE L'INFIRMIER AU SENEGAL

---

Mars 2010

# **PLAN**

I. PROFILS

II. BUT DE LA FORMATION

III. OBJECTIFS GENERAUX

IV. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

V. SOMMAIRE PAR ANNEE D'ETUDES

VI. STRUCTURATION ET CONTENU DES  
MODULES

VII. MODALITES D'EVALUATION

## **I. PROFILS**

### **1-1 PROFIL D'ENTREE**

#### **1-1-1 Concours direct**

- ✚ être de nationalité sénégalaise,
- ✚ être âgé au moins de 18 ans,
- ✚ être titulaire du baccalauréat ou de tout autre diplôme admis en équivalence,
- ✚ être apte sur le plan physique, mental et moral,
- ✚ réussir au concours d'entrée.

#### **1-1-2 Concours professionnel**

- ✚ être de nationalité sénégalaise,
- ✚ être titulaire du diplôme d'assistant infirmier ou de tout autre diplôme admis en équivalence,
- ✚ avoir au moins quatre (04) ans d'expérience révolus dans la Fonction Publique,
- ✚ être apte sur le plan physique, mental et moral,
- ✚ réussir au concours professionnel d'entrée.

#### **1-1-3 Admission des candidats non sénégalais**

- ✚ être âgé au moins de 18 ans,
- ✚ être titulaire du baccalauréat ou de tout autre diplôme équivalent,
- ✚ être apte sur le plan physique, mental et moral
- ✚ être sélectionné sur étude de dossier,

### **1-2 PROFIL DE SORTIE**

Il doit être capable :

- ✚ d'offrir des soins et services à l'individu, à la famille et à la communauté ;
- ✚ de prévenir, dépister et surveiller les complications liées à la maladie et au traitement
- ✚ de travailler en équipe ;
- ✚ d'exécuter les prescriptions médicales ;
- ✚ d'établir une communication aidante
- ✚ de poser un jugement clinique pertinent
- ✚ d'assurer la formation du personnel de santé et l'éducation des populations
- ✚ de gérer des services de santé.

## **II. BUT**

Développer chez le futur infirmier des compétences pour prendre en charge la santé de l'individu, de la famille et de la communauté.

## **III. OBJECTIFS GENERAUX**

La formation reçue par les élèves infirmiers devra les rendre capables de :

1. Appréhender la structure et le fonctionnement de l'être humain
2. Assurer des soins infirmiers et obstétricaux à l'individu, à la famille et à la communauté, dans le respect de l'éthique, des règlements en vigueur et des valeurs socioculturelles
3. Participer à la prise en charge des pathologies courantes
4. Prendre en charge les besoins des populations en matière de Santé de la Reproduction
5. Participer à la prise en charge des besoins des populations en santé communautaire
- 6 Appréhender les principes généraux de gestion des services

## **IV. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES**

- 1.1. Comprendre la structure et le fonctionnement de l'être humain dans son environnement
- 1.2. Comprendre le processus de développement psychosocial de l'être humain
- 2.1. Connaître les principaux concepts des soins infirmiers de base
- 2.2. Instaurer la relation d'aide avec le patient
- 2.3. Prodiguer des soins infirmiers à l'individu, à la famille et à la communauté
- 2.4. Respecter dans la pratique des soins les règles d'éthique et de déontologie, les règlements en vigueur et les valeurs socioculturelles
- 3.1. Connaître les pathologies courantes
3. 2. Prendre en charge les pathologies courantes
- 4.1. Offrir des soins et services en santé de la reproduction
- 5.1. Apprécier l'état de santé de la population
- 5.2. Appliquer les stratégies de promotion de la santé
- 6.1. Connaître les règles administratives, juridiques et morales qui régissent la profession infirmière
- 6.2. Appliquer les principes et règles de gestion des services de santé
- 6.3. Assurer la formation du personnel, l'encadrement des étudiants et l'éducation à la clientèle

## V. SOMMAIRE DU PROGRAMME PAR ANNEE D'ETUDES

5

Code	MODULES	Charge horaire	NOTIONS	REPARTITION HORAIRE									TOTAL	
				1 <sup>ère</sup> ANNEE			2 <sup>ème</sup> ANNEE			3 <sup>ème</sup> ANNEE				
				TH	TP	ST	TH	TP	ST	TH	TP	ST		
1	HOMME SAIN	264	1.1 – Anatomie/Physiologie	68	10	-	-	-	-	-	-	-	78	
			1.2 - Hygiène et Assainissement	34										34
			1.3- Microbiologie : Bactériologie / Virologie ; Parasitologie / Mycologie	35										35
			1.4 – Biologie Humaine	15										15
			1.5 – Nutrition	20	4	-	-	-	-	-	-	-	-	24
			1.6 – Notions de Psychologie	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
			1.7 - Psychologie Sociale	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
			1.8 – Notions de Psycho Sociologie	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
			1.9 - Anthropologie de la santé	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
			1.10 - Gériatrie	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
			<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>14</b>									<b>264</b>
2	DÉPENSEMENT SAIN	1713	2-1 - Méthodologie de travail	06	-	-	-	-	-	-	-	-	06	
			2.2- Introduction aux soins infirmiers	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
			2-3 - Déontologie et Ethique professionnelle	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
			2.4 - Soins Infirmiers de Base.	102	40	80	-	-	-	-	-	-	-	222
			2.5 - Techniques avancées de Soins Infirmiers	40	40	380	62	37	420	84	-	360	1423	
			2.6 - Soins d'urgence/secourisme	-	-	-	10	10	-	-	-	-	-	20
			<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>80</b>	<b>460</b>	<b>72</b>	<b>47</b>	<b>420</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>360</b>	<b>1713</b>	

6

Code	MODULES	Charge horaire	NOTIONS	REPARTITION HORAIRE									TOTAL
				1 <sup>ère</sup> ANNEE			2 <sup>ème</sup> ANNEE			3 <sup>ème</sup> ANNEE			
				TH	TP	ST	TH	TP	ST	TH	TP	ST	
3	PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE	593	3.1 – Médecine et spécialités	24	-	-	211	-	-	66	-	-	301
			3.2 - Chirurgie et spécialités	30	-	-	20	-	-	78	-	-	128
			3.3 – Pédiatrie	38	-	-	-	-	-	-	-	-	38
			3.4 - Pathologie et stratégies Nutritionnelles	22	-	-	-	-	-	-	-	-	22
			3.5 – Gériatrie	-	-	-	14	-	-	-	-	-	14
			3.6 -Pharmacologie	34	-	-	30	-	-	26	-	-	90
			<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	-	-	<b>275</b>	-	-	<b>170</b>	-	-	<b>593</b>
4	SANTÉ DE LA REPRODUCTION	447	4.1- Obstétrique	44	4	-	-	-	-	-	-	-	48
			4.2 - Pathologies Obstétricales	-	-	-	30	-	-	-	-	-	30
			4.3 - Gynécologie	-	-	-	20	-	-	-	-	-	20
			4.4 - Puériculture	34	12	-	-	-	-	-	-	-	46
			4.5- Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)	-	-	-	110	-	160	-	-	-	270
			4.6 – Education à la Vie Familiale (EVF)	-	-	-	13	-	-	-	-	-	13
			4.7 - I.S.T	-	-	-	20	-	-	-	-	-	20
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>16</b>	-	<b>193</b>	-	<b>160</b>	-	-	-	<b>447</b>			

7

Code	MODULES	Charge horaire	NOTIONS	REPARTITION HORAIRE									TOTAL
				1 <sup>ère</sup> ANNEE			2 <sup>ème</sup> ANNEE			3 <sup>ème</sup> ANNEE			
				TH	TP	ST	TH	TP	ST	TH	TP	ST	
5	SANTÉ COMMUNAUTAIRE	888	5.1 - S.S.P	14	-	-	16	-	360	14	-	360	764
			5.2 – Epidémiologie	-	-	-	-	-	20	-	-	20	
			5.3 – IEC/CCC	4	-	-	10	10	-	10	10	-	44
			5.4 – Statistique	-	-	-	-	-	-	20	-	-	20
			5.5 – Démographie	-	-	-	-	-	-	16	-	-	16
			5.6 – Initiation à la recherche	-	-	-	-	-	-	12	12	-	24
			<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	-	-	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>360</b>	<b>92</b>	<b>22</b>	<b>360</b>	<b>888</b>
6	GESTION DES SERVICES DE SANTÉ	108	6.1 – Législation	-	-	-	24	-	-	-	-	-	24
			6.2 - Organisation administrative de la Santé	-	-	-	14	-	-	-	-	-	14
			6.3 - Rédaction Administrative	-	-	-	-	-	-	15	10	-	25
			6.4 – Management	-	-	-	-	-	-	25	-	-	25
			6.5 -Formation du personnel, des étudiants et de la clientèle	-	-	-	-	-	-	20	-	-	20
			<b>TOTAL</b>	-	-	-	<b>38</b>	-	-	<b>60</b>	<b>10</b>	-	<b>108</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>4013</b>			<b>684</b>	<b>110</b>	<b>460</b>	<b>604</b>	<b>57</b>	<b>940</b>	<b>406</b>	<b>32</b>	<b>720</b>	<b>4013</b>
<b>POURCENTAGE</b>				54,5	8,8	36,7	37,7	3,6	58,7	35	2,8	62,2	
<b>TOTAL PAR ANNEE</b>				<b>1254</b>			<b>1601</b>			<b>1158</b>			<b>4013</b>
<b>%</b>				<b>31,2</b>			<b>39,9</b>			<b>28,9</b>			<b>100</b>

8

## MODULE 1 : Homme sain et son environnement

### Objectif général

1. Appréhender la structure et le fonctionnement de l'Homme sain

### Objectifs intermédiaires

1.1 Comprendre la structure et le fonctionnement de l'être humain dans son environnement

1.2 Comprendre le processus de développement psychosocial de l'être humain

9

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
	HOMME SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264	1.1 - Anatomie/Physiologie	78	<u>1ère année</u> 1) Introduction à l'anatomie et à la physiologie 2) La cellule 3) Les membranes 4) Les compartiments liquidiens 5) L'ostéologie générale et arthrologie 6) La myologie 7) Les organes des sens 8) L'appareil locomoteur 9) Le système nerveux 10) L'appareil circulatoire 11) L'appareil respiratoire 12) L'appareil digestif 13) L'appareil uro-génital 14) Le système endocrinien	

10

	HOMME-SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.2 Hygiène et Assainissement	34	<b>1<sup>ère</sup> année</b> 1. Introduction et généralités 2. Hygiène individuelle 3. Hygiène du milieu <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lutte contre le péril fécal</li> <li>▪ Les ordures ménagères</li> <li>▪ Eaux potables et eaux usées</li> <li>▪ Lutte contre les vecteurs de maladie et des ectoparasites</li> <li>▪ Salubrité des habitations</li> </ul> 4. Hygiène hospitalière <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiseptiques et désinfectants</li> <li>▪ Le linge hospitalier</li> <li>▪ Entretien des locaux hospitaliers</li> <li>▪ Désinfection</li> <li>▪ La gestion des déchets biomédicaux</li> </ul> 5. Hygiène des denrées alimentaires 6. Hygiène du travail 7. Notions d'ergonomie	
	HOMME-SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.3 – Microbiologie : Bactériologie / Virologie ; Parasitologie / Mycologie	35	<b>1<sup>ère</sup> Année</b> 1. Introduction et généralités <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition des concepts</li> </ul> 2. Bactériologie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bactériologie générale</li> <li>▪ Bactériologie spéciale</li> <li>▪ Produits pathologiques</li> </ul> 3. Virologie 4. Parasitologie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les protozoaires</li> <li>▪ Les cestodes</li> <li>▪ Les arthropodes</li> </ul> 5. Mycologie Prophylaxie des affections parasitaires	

11

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
	HOMME-SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.4 – Biologie Humaine	19	<b>1<sup>ère</sup> année</b> 1. Introduction et généralités sur la biologie humaine (notion de vie, de santé et de mort) 2. Matériel génétique (notion d'espèce et caractéristiques biologiques de l'espèce humaine) 3. Cytologie (notion de cellules et les machineries cellulaires eucaryotes, la cellule eucaryote humaine, notion de cycle cellulaire) 4. Histologie (notion de tissus et classification générale des tissus humains) 5. Eléments d'embryologie humaine	

12

Code	MODULE	≡	NOTIONS	≡	SOUS NOTIONS	≡
	HOMME SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.5 Nutrition	24	<b>1ère année</b> 1. Généralités 2. Classification des aliments 3. Composition des principaux aliments 4. Lait et produits laitiers 5. Viandes poissons et oeufs 6. Les féculents 7. Les fruits et légumes 8. Les matières grasses 9. Les produits sucrés 10. Les boissons 11. Les besoins nutritionnels 12. Besoins et apports conseillés en énergie 13. Besoins et apports conseillés en protéine 14. La ration alimentaire	

13

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS
	HOMME SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.6 Psychologie	20	Introduction à la Psychologie Principales étapes du développement de l'être humain <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'enfance</li> <li>▪ L'adolescence</li> <li>▪ L'âge adulte</li> <li>▪ La vieillesse</li> <li>▪ Psychologie du malade</li> </ul>
	HOMME SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.7 Introduction à la Sociologie	10	1. Généralités sur la Sociologie 2. L'individu et sa société 3. Les structures sociales 4. Normes et codes moeurs 5. Méthodes d'approche des communautés

14

	HOMME SAIN ET SON ENVIRONNEMENT	264 (suite)	1.8 - Psycho – Sociologie	20	<b>1ère année</b> 6. Introduction à la psychosociologie 7. Rencontre avec autrui : les règles, normes et coutumes qui régissent la vie de société 8. La socialisation 9. L'action sociale et la communication en société 10. La thérapeutique psychanalytique	
		Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	
		264 (suite)	1.9 - Anthropologie de la santé	12 H	<b>1ère année</b> Introduction à l'anthropologie	
			1-10 - Gérontologie	12	<b>1ère année</b> Processus normal du vieillissement	

15

## MODULE 2 : Soins Infirmiers

### Objectif général

2. Assurer des soins infirmiers et obstétricaux à l'individu et à la famille dans le respect de l'éthique, des règlements en vigueur et des valeurs socioculturelles

### Objectifs intermédiaires

2.1. Connaître les principaux concepts des soins infirmiers de base

2.2. Instaurer la relation d'aide avec le patient

2.3. Prodiger des soins infirmiers à l'individu, à la famille et à la communauté

2.4. Respecter dans la pratique des soins les règles d'éthique et de déontologie, les règlements en vigueur et les valeurs socioculturelles

16

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
2	SOINS INFIRMIERS	1708	2.1 Méthodologie de travail	6	1. Gestion du temps 2. Prise de notes 3. Résumé 4. Présentation de travail	
			2.2- Introduction aux soins infirmiers	20	<b>1ère année</b> 1 Généralités sur les soins infirmier : historique, fondements, philosophie... 2 Les modèles conceptuels	
			2-3 - Déontologie et Ethique professionnelle	22	<b>1ère année</b> 1. Ethique professionnelle 2. La conscience professionnelle 3. Le devoir professionnel 4. Le devoir devant la mort 5. Le secret professionnel 6. Responsabilité et sanction	

17

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
2	SOINS INFIRMIERS	1713 (suite)	2.5 - Soins Infirmiers de Base.	222	<b>1ère année</b> 1) L'accueil du malade 2) La chambre du malade 3) La toilette du malade 4) La réfection de lit 5) La prévention et traitement des escarres 6) Prévention des infections 7) Introduction à la symptomatologie 8) Symptomatologie des différents systèmes 9) Introduction à la technique de soins 10) Les positions du malade au lit 11) Le lever du malade 12) Surveillance de la température 13) Surveillance du pouls artériel 14) Surveillance de la tension artérielle 15) Surveillance de la respiration 16) Surveillance de la diurèse 17) Analyses courantes des urines 18) Surveillance du poids et de la taille 19) Surveillance des expectorations 20) Surveillance des vomissements 21) Surveillance des selles 22) Confection de la feuille de température	

18

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
			2.3 – Stage en soins infirmiers de base		80	
2	SOINS INFIRMIERS	1713 (suite)	2.5 - Techniques avancées de soins infirmiers	1423	<b>1ère année</b> 1) Généralités sur les injections parentérales 2) Injection sous-cutanée 3) Injection intramusculaire 4) Injection intraveineuse 5) Injection intradermique 6) Tests tuberculiques 7) Injection intra rectale 8) Prélèvement de sang pour examens courants 9) Perfusions 10) Généralités sur les pansements 11) Pansement humide chaud 12) Pansement de plaie aseptique 13) Pansement de plaie septique 14) Préparation du champ opératoire 15) Technique des principaux bandages 16) Etude de la crase sanguine 17) Goutte épaisse, frottis sanguin et TDR 18) Lavements	
			Stage en soins infirmiers	264		

19

2	SOINS INFIRMIERS	1713 (suite)	2.5 - Techniques avancées de Soins Infirmiers	1423 (Suite)	<b>2<sup>ème</sup> année</b> 1. Prélèvement de gorge 2. Rôle de l'Infirmier dans les différentes ponctions <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ponction d'ascite</li> <li>▪ Ponction Lombaire</li> <li>▪ Ponction Pleurale</li> <li>▪ Ponction Biopsique du foie</li> <li>▪ Ponction sus pubienne</li> <li>▪ Ponction Fémorale</li> <li>▪ Ponction synoviale</li> </ul> 3. Rôle de l'infirmier dans <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Drainage aspiratif de Redon</li> </ul> 4. Cathétérisme urétral 5. Prélèvement aseptique des urines 6. Prélèvement de sang pour hémoculture 7. Lavage d'estomac 8. Tubage gastrique 9. Aspiration digestive	
---	------------------	--------------	---	--------------	---	--

20

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
2	SOINS INFIRMIERS	1713 (suite)	2.5 -Techniques avancées de Soins Infirmiers	1423 (Suite)	10. Soins pré, per et post opératoires en chirurgie générale 11. Rôle de l'infirmier dans la chirurgie du tube digestif et des glandes annexes 12. Rôle de l'inf. dans la chirurgie de l'utérus et ses annexes 13. Rôle de l'inf. dans la chirurgie urinaire 14. Soins aux malades paralysés et comateux 15. Lavage de la vessie 16. Surveillance d'1 malade porteur d'1 sonde à demeure 17. Soins aux brûlés 18. Anesthésie loco régionale 19. Pose et ablation de sutures, agrafes, mèches, lames et drains 20. Incision d'une collection purulente 21. Transfusion sanguine 22. L'infirmier en salle d'opération 23. Les immobilisations 24. Rôle de l'infirmier dans la rééducation fonctionnelle 25. Rôle de l'infirmier dans <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Drainage pleural</li> <li>▪ Drainage de posture</li> <li>▪ Drainage des voies biliaires</li> </ul> 26. Soins infirmiers en ophtalmologie 27. Soins infirmiers en ORL	

21

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
	SOINS INFIRMIERS	1713 (suite)	2.5-Techniques avancées de Soins Infirmiers  Stage	1423 (Suite)  400	<b>3<sup>ème</sup> année</b> 1. Rôle de l'Infirmier dans les différentes ponctions <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ponction du péricarde</li> <li>▪ Ponction sous occipitale</li> </ul> 2. Soins dans les cystostomies 3. Pression veineuse centrale 4. Aspiration trachéo-bronchique	

22

	SOINS INFIRMIERS	<b>1713 (suite)</b>	2.5-Techniques avancées de Soins Infirmiers	<b>1423 (Suite)</b>	<p>5. Rôle de l'infirmier dans la chirurgie cardio-vasculaire (</p> <p>6. Rôle de l'inf. dans la chirurgie mammaire</p> <p>7. Rôle de l'infirmier dans les dialyses</p> <p>8. Surveillance du traumatisé crânio-encéphalique</p> <p>9. Surveillance d'un opéré du crâne</p> <p>10. Surveillance d'un traumatisé du rachis</p> <p>11. Surveillance d'1 malade sous anticoagulants</p> <p>12. Surveillance d'1 malade sous tonocardiaques</p> <p>13. Surveil. d'1 malade sous antihypertenseur</p> <p>14. Surveillance d'un malade sous diurétiques</p> <p>15. Surveillance d'un malade sous corticoïdes</p> <p>16. Surveil. d'1 malade sous insulinothérapie</p> <p>17. Surveil. d'1 malade sous cardio-moniteur</p> <p>18. Surveil. d'un malade sous ventilation artificielle</p> <p>1. Soins des cathéters 3</p> <p>2. Accueil du malade grave 3</p> <p>3. Soins d'anus artificiel 3</p> <p>4. Soins en trachéotomie 3</p> <p>5. Oxygénothérapie 3</p> <p>6. Aérosolthérapie 3</p>	Charge horaire
--	------------------	-------------------------	---	-------------------------	---	----------------

23

	SOINS INFIRMIERS	<b>1713 (suite)</b>	2.5-Techniques avancées de Soins Infirmiers	<b>1423 (Suite)</b>	<p>7. Soins des cathéters 3</p> <p>8. Accueil du malade grave 3</p> <p>9. Soins d'anus artificiel 3</p> <p>10. Soins en trachéotomie 3</p> <p>11. Oxygénothérapie 3</p> <p>12. Aérosolthérapie 3</p> <p>13. L'utilisation du matériel courant de réanimation 3</p> <p>14. Alimentation des gastrectomisés, jejunostomisés 3</p> <p>15. Alimentation parentérale</p> <p>16. Soins palliatifs 3</p>	
--	------------------	-------------------------	---	-------------------------	---	--

24

2	SOINS INFIRMIERS	1713 (suite)	2.6- Soins d'urgence/ secourisme	20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conduite à tenir devant un accidenté</li> <li>2. Conduite à tenir devant un accident avec exposition au sang (AES)</li> <li>3. Conduite à tenir devant une intoxication et un empoisonnement</li> <li>4. Rôle de l'infirmier dans le plan ORSEC</li> <li>5. Conduite à tenir devant une morsure de serpent et piqûres d'insectes venimeux</li> <li>6. CAT devant une morsure de chien</li> <li>7. Massage cardiaque externe</li> <li>8. CAT devant un coup de chaleur/ coup de soleil</li> <li>9. Conduite à tenir devant une électrocution et un foudroiement</li> <li>10. Conduite à tenir devant un brûlé</li> <li>11. Conduite à tenir devant une noyade</li> <li>12. Conduite à tenir devant une détresse respiratoire et/ou circulatoire</li> <li>13. Transport sécuritaire du malade</li> </ol>
---	------------------	-----------------	-------------------------------------	----	--

25

### **MODULE 3 : Pathologie et Thérapeutique**

#### **Objectif général**

3. Participer à la prise en charge des différentes pathologies

#### **Objectifs intermédiaires**

3.1. Connaître les pathologies courantes

3. 2. Prendre en charge les pathologies courantes

26

3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593	3.1 - Médecine et spécialités	301	<b>I – PATHOLOGIE INFECTIEUSE</b> <b>1<sup>ère</sup> Année</b> 1) Généralités sur l'infection 2) Etat septicémique et choc infectieux 3) Les staphylococcies 4) Les streptococcies 5) Le tétanos 6) La diphtérie 7) La coqueluche 8) Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes 9) La grippe 10) La poliomyélite A Aiguë 11) Varicelle et Zona 12) La fièvre jaune 13) La rougeole 14) Les hépatites virales 15) Les méningites 16) Les oreillons 17) Le SIDA 18) Les maladies diarrhéiques / Choléra	
---	-------------------------------	-----	-------------------------------	-----	--	--

27

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.1 - Médecine et spécialités	301 (Suite)	<b>2<sup>ème</sup> année</b> <b>1-2- PATHOLOGIE TROPICALE : 24H</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le Choléra</li> <li>▪ L'ankylostomiase</li> <li>▪ Les bilharzioses</li> <li>▪ La peste</li> <li>▪ L'amibiase</li> <li>▪ La trypanosomiase</li> <li>▪ Les filarioses <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'onchocercose</li> <li>• La dracunculose</li> <li>• Les autres filarioses</li> </ul> </li> <li>▪ La fièvre jaune</li> <li>▪ La lèpre</li> <li>▪ La rage</li> <li>▪ Le paludisme</li> <li>▪ Dengue et fièvres hémorragiques</li> </ul>	

28

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.1 - Médecine et spécialités	301 (Suite)	<p><b>II - SPECIALITES MEDICALES</b></p> <p><b>2-1 - CARDIOLOGIE : 22H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Principales malformations cardiovasculaires</li> <li>▪ Préventions des affections cardiovasculaires</li> <li>▪ Péricardites</li> <li>▪ Myocardites</li> <li>▪ Endocardites</li> <li>▪ Hypertension artérielle (H.T.A.)</li> <li>▪ Cœur rhumatismal</li> <li>▪ Angine de poitrine</li> <li>▪ Infarctus du myocarde</li> <li>▪ Collapsus cardiovasculaire et choc</li> <li>▪ Insuffisances cardiaques</li> <li>▪ Syncope et arrêt circulatoire</li> <li>▪ Signes physiques et patho.cardiovasculaire</li> <li>▪ Thrombophlébites</li> </ul>	

29

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.1 - Médecine et spécialités	301 (Suite)	<p><b>2-2- PNEUMOLOGIE : 20H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Bronchites chroniques</li> <li>▪ Cancer broncho pulmonaire</li> <li>▪ Bronchiolite de l'enfant</li> <li>▪ Dilatation des bronches</li> <li>▪ Asthme</li> <li>▪ Pleurésies</li> <li>▪ Œdème aigu du poumon</li> <li>▪ Abscès du poumon</li> <li>▪ Emphysème</li> <li>▪ Pneumopathies aiguës</li> <li>▪ Insuffisances respiratoires aiguës</li> <li>▪ Pneumothorax</li> </ul> <p><b>2-3- NEUROLOGIE : 12H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anatomie du système nerveux</li> <li>▪ Paralysies</li> <li>▪ Névralgies</li> <li>▪ Comas</li> <li>▪ Epilepsies</li> <li>▪ Pression veineuse centrale</li> <li>▪ Examens complémentaires en neurologie</li> </ul>	

30

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.1 - Médecine et spécialités	301 (Suite)	<p><b>2-4- SANTE MENTALE : 23H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Troubles de l'humeur</li> <li>▪ Examen psychiatrique</li> <li>▪ Etats psychotiques</li> <li>▪ Schizophrénies et traitement des Psychoses</li> <li>▪ Toxicomanies</li> <li>▪ Névroses</li> <li>▪ Alcoolisme</li> <li>▪ Thérapies traditionnelles</li> </ul> <p><b>2-5- NEPHROLOGIE : 14H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Sémiologie, cliniques et paracliniques en Néphrologie</li> <li>▪ Moyens diagnostics en Néphrologie</li> <li>▪ Syndromes glomérulaires</li> <li>▪ Autres types de néphropathies</li> <li>▪ Insuffisance rénale</li> <li>▪ Traitement de suppléance de la fonction rénale</li> </ul> <p><b>2-6- ENDOCRINOLOGIE : 15H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Diabète</li> <li>▪ Hyperthyroïdie</li> <li>▪ Hypothyroïdies</li> <li>▪ Hypercorticisme</li> <li>▪ Insuffisance surrénalienne</li> <li>▪ Maladie antéhypophysaire</li> </ul>	

31

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.1 - Médecine et spécialités	301 (Suite et fin)	<p><b>2-7- HEMATOLOGIE : 12H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Anémies</li> <li>▪ Splénomégalies</li> <li>▪ Leucémies</li> <li>▪ Hémophilie</li> <li>▪ Drépanocytose</li> </ul> <p><b>2-8- DERMATOLOGIE : 14H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction à la Dermatologie</li> <li>▪ Dermatoses infectieuses</li> <li>▪ Pyodermites purulentes</li> <li>▪ Mycétome</li> <li>▪ Eczéma</li> <li>▪ Epithélioma et maladie de Kaposi</li> </ul> <p><b>2-9- GASTROENTEROLOGIE : 14H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction</li> <li>▪ Exploration du Tube digestif et de ses annexes</li> <li>▪ Ulcère Gastroduodéal</li> <li>▪ Hémorragies digestives</li> <li>▪ Hémorroïdes</li> </ul>	

32

3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.2- Chirurgie et spécialités	128	<p><b>PATHOLOGIES CHIRURGICALES : 26H</b> 1<sup>ère</sup> Année</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Généralités sur l'infection en chirurgie</li> <li>Infections aiguës des parties molles</li> <li>Infections osseuses et articulaires</li> <li>Plaies et contusion des parties molles</li> <li>Entorses et luxation</li> <li>Les fractures</li> <li>Brûlures</li> </ol> <p><b>Urgences chirurgicales : 20H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'appendicite aiguë</li> <li>Les contusions de l'abdomen</li> <li>Les plaies de l'abdomen</li> <li>Hernies étranglées</li> <li>Les occlusions intestinales</li> <li>Les péritonites</li> <li>La torsion de kyste de l'ovaire</li> <li>Les perforations intestinales</li> </ul> <p><b>Orthopédie Traumatologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Notion de base en traumatologie</li> <li>Traumatologie de la tête et du rachis</li> <li>Traumatisme thoracique</li> <li>Traumatisme abdominal</li> </ul> <p><b>Chirurgie digestive : 10H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La sténose du pylore</li> <li>Les hernies</li> <li>La proctologie (abcès de l'anus, fissure anale, prolapsus ano-rectal, hémorroïdes)</li> </ul>
---	-------------------------------	----------------	-------------------------------	-----	--

33

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.2- Chirurgie et spécialités	128 (suite)	<p><b>NEURO-CHIRURGIE : 16H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hydrocéphalie du nourrisson et de l'enfant</li> <li>Processus expansif intracrânien</li> <li>Lombosciatique discale</li> <li>Traumatisme crânio-encéphalique</li> <li>Hémorragies méningées</li> <li>Traumatisme vertébro-médullaire</li> <li>Abcès du cerveau</li> </ol> <p><b>ODONTO-STOMATOLOGIE : 12H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Introduction</li> <li>La carie dentaire</li> <li>Les parodontopathies</li> <li>L'hygiène bucco dentaire</li> <li>Les fractures de la mandibule</li> <li>La luxation de la mandibule</li> </ol> <p><b>OPHTHALMOLOGIE : 10H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Introduction</li> <li>Douleur oculaire</li> <li>Epi et endosclérite</li> <li>Le glaucome</li> <li>Les blépharites</li> <li>Les troubles visuels</li> <li>Les traumatismes oculaires</li> <li>Les conjonctivites</li> <li>Le Trachome</li> <li>La cataracte</li> <li>Le trichiasis</li> </ol>	

34

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.2- Chirurgie et spécialités	128 (suite)	<p><b>UROLOGIE : 20H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. la rétention d'urine</li> <li>3. L'adénome de la prostate</li> <li>4. Le Cancer de la Prostate</li> <li>5. La Circoncision</li> <li>6. Les fistules vésico-vaginales</li> <li>7. Rupture urétrale</li> <li>8. Rupture vésicale</li> <li>9. Priapisme</li> <li>10. Paraphimosis</li> <li>11. Fracture de la Vergé</li> <li>12. Torsion du cordon spermatique</li> <li>13. Les malformations urogénitales</li> <li>14. Les épидидymites</li> <li>15. Les grosses bourses</li> </ol> <p><b>CANCEROLOGIE : 10H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Généralités et hypothèses des étiologies</li> <li>2. Facteurs de la cancérogénèse</li> <li>3. Evolution du cancer</li> <li>4. Complications du cancer</li> <li>5. Traitement du cancer</li> <li>6. Soins alternatifs aux cancéreux</li> </ol>	

35

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.2- Chirurgie et spécialités	128 (suite)	<p><b>O.R.L. : 17H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les angines</li> <li>2. Les végétations adénoïdes</li> <li>3. Les laryngites aiguës</li> <li>4. Les sinusites</li> <li>5. Les otites</li> <li>6. Corps étrangers des voies respiratoires inférieures</li> <li>7. Signes d'appel du cancer en ORL</li> <li>8. C.A.T. devant un noma évolutif</li> <li>9. Plaie pénétrante du cou</li> <li>10. Abcès rétro pharyngien</li> <li>11. C.A.T. devant une brûlure caustique de l'œsophage.</li> </ol> <p><b>REANIMATION : 23H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equilibre Circulatoire</li> <li>2. Choc hypovolémique</li> <li>3. Equilibre respiratoire</li> <li>4. Traitement d'urgence de la détresse respiratoire</li> <li>5. Equilibre excrétoire</li> <li>6. Sémiologie des désordres hydro-électrolytiques</li> <li>7. Observation et Evaluation en REAM</li> <li>8. Traumatisme crânio-encéphalique grave</li> <li>9. Equilibre Acide-Base</li> </ol>	

36

3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.3 – Pédiatrie	38	10. Le Prématuré 11. Asphyxie du NN 12. La réanimation du NN en salle de naissance 13. La détresse respiratoire 14. Ictères du nouveau-né 15. Infections Néo natales 16. Lésions traumatiques obstétricales 17. Le tétanos néo-natal 18. Maladie hémorragique du nouveau né 19. Fièvres chez le nourrisson et l'enfant 20. Les diarrhées aiguës 21. Déshydratations aiguës de l'enfant 22. Les diarrhées chroniques 23. Les vomissements / et Reflux Gastro - Œsophagien 24. Les convulsions du nourrisson et de l'enfant 25. Malnutrition protéino - énergétique Le Rachitisme 26. Infections ORL et respiratoires 27. La tuberculose / Primo infection 28. L'anémie du nouveau - né, du nourrisson et l'enfant 29. Les méningites aiguës bactériennes du nouveau-né, du nourrisson et du grand enfant 30. Les affections dermatologiques courantes 31. Les glomérulonéphrites aiguës 32. Les urgences chirurgicales néo-natales 33. Le paludisme
---	-------------------------------	----------------	-----------------	----	--

37

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
3	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.4 - Pathologies et stratégies Nutritionnelles	22	1ère Année 1. 1. Malnutrition (Obésité, Carences) et facteurs nutritionnels 2. 2. Principales carences en micronutriments 3. 4. Surveillance et récupération nutritionnelle	
			3.5 - Gériatrie	14	4. Maladies organiques liées au vieillissement	

38

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
5	PATHOLOGIES ET THERAPEUTIQUES	593 (suite)	3.6- Pharmacologie	90	<b>Pharmacologie générale :</b> <b>1<sup>ère</sup> année 34 H</b> 1. Généralités sur la pharmacie 2. Métabolisme des médicaments 3. Formes pharmaceutiques 4. Notions sur la liste des médicaments essentiels 5. Législation pharmaceutique	

39

					1. Les anti-infectieux (y compris ARV) 2. Les antiparasitaires 3. Les vaccins 4. Les sérums 5. Les vitamines  <b>2<sup>ème</sup> année 40 H</b> Les médicaments des différents appareils <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médicaments de l'appareil respiratoire</li> <li>▪ Médicaments du Système nerveux</li> <li>▪ Médicament de l'appareil locomoteur</li> <li>▪ Médicaments de l'appareil circulatoire</li> <li>▪ Médicaments de l'appareil digestif</li> <li>▪ Médicaments de l'appareil urogénital</li> </ul> 7. Les médicaments de la douleur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antalgiques/analgésiques</li> <li>- Anti-inflammatoires Stéroïdiens et AINS</li> </ul> <b>3<sup>ème</sup> année 16 H</b> 8. Hormonothérapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Généralités sur les hormones</li> <li>- utilisation des hormones Hypothalamo-hypophysaires en thérapeutiques</li> <li>- utilisation des hormones sous contrôle de l'axe Hypothalamo-hypophysaire</li> <li>- Insulinothérapie</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--	--

40

**MODULE 4 : Santé de la Reproduction**

**Objectif général**

4. Prendre en charge les besoins des populations en matière de Santé de la Reproduction

**Objectifs intermédiaires**

4.1 Offrir des soins et services en santé de la reproduction

41

3	SANTÉ DE LA REPRODUCTION	447	4.1. Obstétrique	48	<p><b>1<sup>ère</sup> année</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. -Introduction à la SR</li> <li>2. -Bassin osseux, bassin mou</li> <li>3. -Organes génitaux féminins</li> <li>4. -Les grandes étapes de la vie génitale de la femme (Puberté et ménopause)</li> <li>5. -Cycle menstruel</li> <li>6. -Ovogenèse spermatogenèse</li> <li>7. -Physiologie de la grossesse</li> <li>8. -Fécondation – Migration Nidation</li> <li>9. -Embryologie Organogenèse</li> <li>10. -Diagnostic précoce de la grossesse</li> <li>11. Modification de l'organisme maternel au cours de la grossesse</li> <li>12. Anatomie et physiologie des membranes ovulaires et du cordon</li> <li>13. Physiologie du liquide amniotique</li> <li>14. Placentation et évolution du placenta jusqu'à terme</li> <li>15. Anatomie et physiologie du fœtus à terme</li> <li>16. Surveillance et hygiène de la grossesse</li> <li>17. Physiologie de la CU</li> <li>18. Accommodation Foeto-Utéro-Pelviennne</li> <li>19. Préparation à l'accouchement</li> <li>20. Accouchement normal</li> <li>21. Délivrance normale</li> <li>22. Suites de couches physiologiques</li> </ol>	
---	--------------------------	-----	------------------	----	--	--

42

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
4	SANTE DE LA REPRODUCTION	447(suite)	4.2 - Pathologies Obstétricales	30	<p>2<sup>ème</sup> année</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vomissements gravidiques</li> <li>2. Placenta prævia</li> <li>3. Rupture utérine</li> <li>4. Avortements</li> <li>5. Grossesse extra utérine</li> <li>6. Maladies Throphoblastiques</li> <li>7. Rupture prématurée des membranes</li> <li>8. Procidence du cordon</li> <li>9. Accouchement prématuré spontané</li> <li>10. Grossesse prolongée</li> <li>11. Rétention d'œuf mort</li> <li>12. Pathologie funiculaire</li> <li>13. Dystocies mécaniques</li> <li>14. Dystocies dynamiques</li> <li>15. Souffrance foetale</li> <li>16. Hydramnios</li> <li>17. Grossesse gémellaire</li> <li>21. Infection/hémorragies du post partum</li> <li>22. Accouchement par présentation de siège</li> <li>23. HTA et grossesse</li> <li>Complications paroxystiques de l'HTA</li> <li>24. Eclampsie</li> <li>25. Hématome rétro placentaire</li> <li>26. help syndrome</li> <li>27. Affections médicales et grossesse</li> <li>28. Affections chirurgicales et grossesse</li> <li>29. Médicaments et grossesse</li> </ol>	

43

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
4	SANTE DE LA REPRODUC-TION	447(suite)	4.3 – Gynécologie	20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen clinique en gynécologie</li> <li>2. Examens complémentaires en gynécologie</li> <li>3. Anomalies du cycle menstruel</li> <li>4. Métrorragies</li> <li>5. Prolapsus utérin</li> <li>6. Kystes de l'ovaire</li> <li>7. Fibromes</li> <li>8. Cancers de l'endomètre</li> <li>9. Cancers du col utérin</li> <li>10. Cancers du sein</li> </ol>	
			4.4- Puériculture	46	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Nouveau né normal</li> <li>3. Soins à la naissance</li> <li>4. Croissance somatique de l'enfant sain</li> <li>5. Vaccination</li> <li>6. Développement psychomoteur de l'enfant</li> <li>7. Diététique infantile</li> </ol>	

44

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
4	SANTÉ DE LA REPRODUCTION	447(suite)	4.5- Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)	270	1. Consultation gynécologique 2. Surveillance de la grossesse 3. Surveillance de l'accouchement <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Périnéorraphie</li> <li>▪ Surveillance post natale</li> </ul> 4. Soins péri et néonataux 5. Soins après avortement 6. Explorations gynéco obstétricales 7. Planification Familiale <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les méthodes contraceptives</li> <li>▪ Démarche en matière de counseling</li> <li>▪ Infertilité et infécondité</li> </ul>	
			4.6- Education à la Vie Familiale (EVF)	13	1. Généralités 2. Santé sexuelle 3. Processus de prise de décision 4. Pratiques néfastes et sévices sexuels	
			4.7 – Infections Sexuellement Transmissibles	20	1. Généralités sur les IST 2. Principales IST 3. Approche syndromique des IST/SIDA	

45

#### MODULE 5 : Santé Communautaire

##### Objectif général

5. Participer à la prise en charge des besoins des populations en santé communautaire

##### Objectifs intermédiaires

5.1. Apprécier l'état de santé de la population

5.2. Appliquer les stratégies de promotion de la santé

5.3. Participer aux activités de recherche dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux

46

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
5	SANTE COMMUNAUTAIRE	888	5.1- Soins de Santé Primaires (S.S.P)	764	<p><b>1ère année</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction à la santé</li> <li>2. Organisation du système national de santé</li> <li>3. Historique des SSP</li> <li>4. Définition des SSP</li> <li>5. Principes des SSP</li> <li>6. Composantes des SSP</li> </ol> <p><b>2ème année</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse des 8 composantes</li> <li>2. Les médicaments essentiels</li> <li>3. L'organisation de l'IB au Sénégal</li> <li>4. Le monitoring : techniques et approches</li> <li>5. Le SIG <ul style="list-style-type: none"> <li>- Généralités</li> <li>- Méthodes et techniques de traitement des données</li> <li>- Organisation du SIG</li> </ul> </li> <li>6. Etude du milieu</li> </ol> <p><b>3ème année</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processus d'élaboration d'un programme de santé</li> <li>2. Elaboration d'un plan d'action</li> <li>3. Aperçu sur les programmes de santé au Sénégal</li> </ol>	

47

			5.2 – Epidémiologie	20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Généralités sur l'épidémiologie</li> <li>2. Diagnostic clinique et enquête de dépistage</li> <li>3. Mesure de la santé de la communauté</li> <li>4. Epidémie, Endémie, Pandémie, Prévalence, Incidence</li> </ol>	
--	--	--	---------------------	----	---	--

48

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
5	SANTÉ COMMUNAUTAIRE	<b>888 (suite)</b>	5.3- Information/Education/Communication (IEC)/Communication pour un changement de comportement (ECC)	<b>44</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Généralités sur l'IEC/CCC</li> <li>2. Schéma et processus de la communication <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstacles à la communication</li> <li>▪ Distorsion du message</li> <li>▪ Principes d'une bonne communication</li> </ul> </li> <li>3. Objectifs et Messages éducationnels</li> <li>4. Techniques d'IEC/CCC</li> <li>5. Les aides audiovisuelles et didactiques</li> <li>6. Etude du milieu</li> <li>7. Plan de mise en oeuvre et de suivi</li> </ol>	
			5.4 – Statistiques	<b>20</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction à la statistique de base</li> <li>2. Elaboration des statistiques</li> <li>3. Introduction à la statistique descriptive</li> <li>4. Distributions statistiques</li> <li>5. Caractéristiques de tendance centrale et de dispersion</li> </ol>	

49

Code	MODULE	Charge horaire	NOTIONS	Charge horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
5	SANTÉ COMMUNAUTAIRE	<b>888 (suite)</b>	5.5 – Démographie	<b>16</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Notion de population</li> <li>3. L'Observation en démographie</li> <li>4. Le repérage dans le temps</li> <li>5. Diagramme de lexis</li> <li>6. Tableau des effectifs</li> <li>7. Pyramide des âges</li> <li>8. Etude de la population <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fécondité (Taux global de fécondité (TGF)</li> <li>▪ Indice synthétique de fécondité</li> <li>▪ Calendrier de la fécondité</li> <li>▪ Descendance finale</li> <li>▪ Natalité/ mortalité</li> <li>▪ Mortalité infanto juvénile</li> <li>▪ Mortalité maternelle</li> <li>▪ Accroissement</li> <li>▪ Temps de doublement</li> </ul> </li> </ol>	

50

	SANTÉ COMMUNAUTAIRE	<b>888 (suite)</b>	5.6. Initiation à la Recherche	24	<u>3<sup>ème</sup> année</u> 1. Introduction à la recherche 2. Objet, intérêt et exigences de la recherche appliquée 3. Population d'étude et méthodes simples d'échantillonnage des individus 4. Méthodes de recueil de données 5. Confection et utilisation d'instrument de recueil de données 6. Dépouillement et présentation des données d'une étude 7. Analyse et interprétation des résultats d'une étude	
--	---------------------	------------------------	--------------------------------	----	---	--

51

## MODULE 6 : Gestion des Services de Santé

### Objectif général

6 Appréhender les principes généraux de gestion des services

### Objectifs intermédiaires

6.1 Connaître les règles administratives, juridiques et morales qui régissent la profession infirmière

6.2 Appliquer les principes et règles de gestion des services de santé

6.3 Assurer la formation du personnel, l'encadrement des étudiants et l'éducation à la clientèle

52

Code	MODULE	Volume horaire	NOTIONS	Volume horaire	SOUS NOTIONS	Charge horaire
6	Gestion de service de santé	115	6.1 - Législation	24	<b>2ème Année</b> 1. Introduction à l'étude du droit 2. Origines ou sources du droit 3. Les personnes juridiques 4. La responsabilité 5. Les délits	
			6.2 - Organisation administrative de la Santé	14	<b>2ème Année</b> 1. L'administration centrale 2. L'administration territoriale 3. la décentralisation 4. L'administration sanitaire 5. Les réformes du secteur santé	
			6.3 - Rédaction administrative	25	<b>3ème Année</b> 1. Le style de l'administration 2. La correspondance 3. Les documents et actes administratifs	
			6.4 - Management	25	1. Introduction au management 2. Gestion d'une unité de soins 3. Qualités et aptitudes requises du Manager 4. Supervision	
			6.5 - Formation du personnel, des étudiants et de la clientèle	20	1. Processus d'élaboration du programme de formation 2. Mise en œuvre d'une séance de formation (Habiletés pédagogiques) 3. Evaluation d'une séance de formation	

53

## VII. MODALITES D'EVALUATION

Le système d'évaluation du programme repose sur trois approches d'évaluation :

- L'évaluation formative
- L'évaluation sommative
- L'évaluation de certification

**L'évaluation formative** est faite au cours des enseignements sous forme de questions-réponses et d'interactions entre l'enseignant et les apprenants. Elle n'est pas sanctionnée par une note chiffrée.

**L'évaluation sommative** est faite sous forme de contrôle continu à l'intérieur de chaque module. Toute notion enseignée doit faire l'objet d'une évaluation. Le nombre d'évaluations par notion est déterminé par sa charge horaire. Cependant, toute notion inférieure ou égale à 20 heures doit faire l'objet d'une évaluation.

Elle est sanctionnée par une note chiffrée. Toute note de notion inférieure à 12/20 entraîne une reprise. Une seule reprise est autorisée.

### **L'évaluation de certification**

#### **ELIGIBILITE**

- Pour être candidat à l'examen de certification, l'élève Sage Femme d'Etat devra valider tous ses modules.

#### **ADMISSION**

- L'obtention du diplôme d'Etat de Sage Femme est conditionnée par la réussite de l'élève à l'examen de certification organisé à la fin de la scolarité.

54

- Les modalités d'organisation de cet examen sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé chaque année

## ANEXO 26. Guion de la entrevista en profundidad.

- ¿Qué aspectos destacarías en los procesos de aprendizajes de las personas cuidadoras que atiendes en el domicilio?
- ¿Qué limitaciones identificas para trabajar los aspectos educativos con personas cuidadoras en el domicilio?
- ¿Consideras que la edad de la persona cuidadora actúa en el proceso de aprendizaje?
- ¿Qué estrategias utilizas para facilitar el proceso de captación e integración de información cuando trabajas con cuidadoras en el domicilio?
- Enuncia una relación de actividades o intervenciones que utilizas habitualmente cuando trabajas con las cuidadoras en el domicilio.
- ¿Qué tipo de actividades consideras más adecuadas para la formación?
- ¿En qué medida piensas que las situaciones emocionales interfieren en el proceso de aprendizaje de las personas cuidadoras?
- ¿Cuándo realizas una primera visita domiciliaria identificas los conocimientos, las creencias, percepciones que tiene la persona cuidadora respecto a todo el proceso?, ¿En qué medida estos aspectos previos determinan la forma de intervenir?
- Cuando existen conceptos o creencias que dificultan el proceso, ¿qué actuaciones realizas?
- ¿Qué cuestiones o actividades consideras que facilitan el proceso de formación con las personas cuidadoras? Buena relación paciente...tiempo para el cuidado, edad, sobrecarga, etc...
- ¿Qué aspectos priorizas a la hora de enseñar a la persona cuidadora?
- Estrategias para cuidar a la persona dependiente, estrategias para cuidarse ella misma.
- ¿Consideras importante la capacidad de memoria de la persona cuidadora en el proceso de aprendizaje?, ¿Qué estrategias utilizas?
- ¿Consideras que el domicilio facilita la escucha activa con la persona cuidadora?
- ¿El hecho de que la actividad con las personas dependientes y sus cuidadoras es larga en el tiempo y puede tener el riesgo de convertirse en

rutina consideras que te limita para establecer una relación activa que facilite el aprendizaje?

- ¿Habitualmente el proceso de educación o enseñanza con la persona cuidadora se realiza desde un nivel de consenso entre ambas?
- ¿Las metas que pone de manifiesto la cuidador/a las tienes en cuenta?, ¿Y las limitaciones que pone de manifiesto?
- ¿Qué aspectos tienes en cuenta para detectar el nivel de implicación de la persona cuidadora en el proceso?
- ¿Consideras que valorar este nivel de implicación es fundamental para determinar las condiciones con las que se podrá trabajar con la persona cuidadora en los aspectos de aprendizaje?
- ¿El tiempo que la persona cuidadora lleva desarrollando el rol de cuidadora actúa en el tipo de intervención que realizas en los aspectos de formación?
- ¿Qué dificultades o limitaciones detectas en el proceso de formación/orientación a las personas cuidadoras?
- ¿Qué tipo de estrategias utilizas para mejorar el proceso de capacitación de las cuidadoras?
- ¿En qué medida consideras que tu intervención profesional modifica las capacidades de las personas cuidadoras para desempeñar su rol?
- ¿Qué indicadores utilizas para detectar el impacto de tu intervención?

## ANEXO 27. Instrumento GHATA.

Nº de registro  Observador/a:

I CENTRO: Nombre  Consulta

### II CONTEXTO DONDE SE DESARROLLA EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

Tipo de atención: 

1	A demanda
2	Programada
3	Derivación

 Contenido: 

1	Intervención
2	Mixta
3	Valoración

Consulta: 

1	Inicial
2	Seguimiento

### III PERSONA EN LA QUE SE FOCALIZA LA SESIÓN

Rol en el proceso asistencial 

1	Paciente primario
2	Paciente secundario
3	Cuidadora

 Sexo: 

1	Varón
2	Mujer

→ 

1	Varón
2	Mujer

→ 

1	Varón
2	Mujer

IV NOMBRE DEL PROFESIONAL

### V. PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS

Acompañantes 

1	Si
2	No

 Observador/a 

1	
2	

VI: DURACIÓN DE LA SESIÓN EN MINUTOS:

	SI	NO	N
<b>EJE 1º.-ACTITUDES (APERTURA, RESPETO, CERCANIA, COMPRENSIÓN, EMPATIA, SEGURIDAD,...)</b>			
1. ¿Ha saludado al paciente?	1	2	3
2. ¿En algún momento el profesional ha llamado por su nombre al paciente?	1	2	3
3. ¿Se ha dirigido al paciente empleando el "tú" o el "usted" según lo requiera la situación?	1	2	3
4. ¿Ha sonreído el profesional a su interlocutor en algún momento de la sesión?	1	2	3
5. ¿Mira a la cara del interlocutor mientras le habla o escucha?	1	2	3
6. ¿Deja hablar al paciente?	1	2	3
7. ¿Tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?	1	2	3
8. ¿Atiende a las preguntas o aclaraciones del paciente?	1	2	3
9. ¿Se dirige al paciente tratándole como adulto sin emplear expresiones paternalistas?	1	2	3
10. ¿Manifiesta verbalmente su sensibilidad ante los sentimientos, preocupaciones, miedos, percepciones de salud del paciente, etc.?	1	2	3
11. ¿Utiliza expresiones no verbales de apoyo, comprensión y aceptación...?	1	2	3
12. ¿Se expresa el profesional de forma asertiva?	1	2	3
13. ¿Manifiesta coherencia entre el lenguaje verbal y el corporal?	1	2	3
14. ¿Se despide del paciente?	1	2	3
<b>Eje 2º.- TAREAS COMUNICACIONALES</b>			
<b>RECABAR INFORMACIÓN (Fase de valoración y evaluación fundamentalmente)</b>			
15. ¿Ha identificado las causas y características del motivo/ problema o proceso en el que se ha centrado la sesión?	1	2	3
16. ¿Ha delimitado la evolución cronológica del motivo/ problema o proceso al que e le ha dedicado más tiempo de la sesión?	1	2	3
17. ¿Ha delimitado los factores que influyen en la evolución del problema o proceso al que se ha dedicado más tiempo de la sesión?	1	2	3
18. ¿Recaba información que le permite identificar si el paciente presenta un Problema de colaboración o presenta un Diagnóstico Enfermero?	1	2	3
19. ¿Ha averiguado cómo afecta el problema o proceso a la vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral del paciente?	1	2	3
20. ¿Ha recabado información sobre aspectos preventivos y/o de promoción de la salud, relacionados o no con la demanda?	1	2	3

ELABORAR EL PLAN DE CUIDADOS			
21.	¿Ha averiguado el profesional si el paciente ha iniciado algún cambio en sus Respuestas Humanas para mejorar el problema o proceso que presenta?	1	2 3
22.	¿Ha recabado datos que le permitan saber si el paciente/usuario tiene conciencia del papel que puede tener en el control de su propio problema o proceso?	1	2 3
23.	¿Facilita información sobre el tipo de respuestas humanas que debe potenciar el paciente respecto al proceso que presenta?	1	2 3
24.	¿Informa sobre aspectos preventivos y/o de promoción de la salud, relacionados o no con la demanda?	1	2 3
25.	¿Implica al paciente en la toma de decisiones?	1	2 3
SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADOS			
26.	¿Recaba información sobre el grado de cumplimiento del tratamiento/plan de cuidados?	1	2 3
27.	¿Recaba información sobre la percepción que tiene el paciente sobre la influencia del tratamiento y/o plan de cuidados?	1	2 3
28.	¿Recaba datos que le permitan identificar si las respuestas humanas que pone en práctica el usuario/paciente se corresponden con el plan establecido en sesiones anteriores?	1	2 3
EJE 3º.- HABILIDADES TÉCNICAS			
RECABAR INFORMACIÓN			
29.	¿Realiza preguntas abiertas para apoyar la narración del paciente?	1	2 3
30.	Al hilo de la narración del paciente ¿Señala o se detiene en aspectos que necesitan ser aclarados, profundizados o explicitados?	1	2 3
TRANSMITIR CONTENIDOS EDUCATIVOS			
31.	Cuando da instrucciones al paciente o cuidadora ¿explica el por qué de las mismas?	1	2 3
32.	Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna vez la <i>ejemplificación</i> ?	1	2 3
33.	¿Cuando informa al paciente, se ayuda de dibujos, gráficos, textos impresos, simuladores, demostraciones prácticas, lenguaje corporal, etc.?	1	2 3
34.	¿Ha evitado utilizar <i>jerga sanitaria</i> a y/o <i>tecnicismos sin explicarlos</i> ?	1	2 3
35.	¿Comprueba la asimilación de la información suministrada?	1	2 3

ANTES DE SEGUIR, COMPROBAR QUE ESTÁN RELLENOS TODOS LOS CAMPOS NECESARIOS

## ANEXO 28. Guion recogida de datos grupo de discusión.

### 1. INFORMACIÓN PREVIA

- A. A.-La colaboración en esta investigación tiene “carácter personal” no institucional.
- B. B.-El grupo de discusión es una técnica empleada en la investigación de carácter cualitativo y requiere su grabación. En este sentido, es importante poner de manifiesto lo siguiente:
- Que, en una investigación como esta, el rigor científico es una condición indispensable y, por tanto, la confidencialidad de todo lo que aquí se hable está absolutamente garantizada.
  - La información recogida ser transcrita literalmente omitiendo los nombres de las personas participantes y, además, en ningún momento, ni verbal ni por escrito aparecerán reflejados.

### 2. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

El objetivo de esta reunión es que se someta a discusión las intervenciones y actividades enfermeras de carácter educativo para mejorar el proceso de cuidados y autocuidados de cuidadores en el entorno domiciliario.

### 3. DINÁMICA DE LA REUNIÓN

En el transcurso de esta reunión es muy importante que sometáis a discusión vuestras opiniones y que comentéis todo cuanto se os ocurra sobre el tema.

### 4. PREGUNTA CENTRAL PARA LA DISCUSIÓN

Opinión respecto a las intervenciones y actividades enfermeras de carácter educativo que mejoren el proceso de cuidados y autocuidados de cuidadores en el entorno domiciliario.



*Hubiera yo desmayado, si no creyese que veré la bondad del Señor  
En la tierra de los vivientes.*

*Aguarda al Señor;  
Esfuérzate, y alíentese tu corazón;  
Sí, espera en Dios.*

*Salmos 27: 13-14*