



ORIGINAL

La muerte en la sociedad actual: percepción de los médicos internos residentes

Idoya Serrano Pejenaute^{1*}, Jesús Sánchez Echaniz² y Julio López-Bayón²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, España. ²Unidad de Hospitalización a domicilio pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, España

Recibido el 20 de octubre de 2020

Aceptado el 22 de marzo de 2021

PALABRAS CLAVE

Muerte, cuidados paliativos, personal sanitario, percepción social, enfermo terminal.

Resumen

Introducción y objetivos: El progreso evidente de los cuidados paliativos es un reflejo de las necesidades de la sociedad actual. Sin embargo, existen dificultades para su desarrollo. La muerte es un tabú social, siendo esta una de las barreras para su implementación. El objetivo del estudio es analizar la percepción de la muerte entre los médicos internos residentes (MIR), promover la reflexión y buscar líneas de acción para superarlas.

Método: Mediante un cuestionario anónimo y voluntario *online* dirigido a MIR, se recogieron datos sobre la percepción y vivencia personal-profesional de la muerte, la formación recibida y los métodos docentes considerados más adecuados. Se propusieron líneas de acción para superar dichas barreras.

Resultados: Se registraron 353 respuestas. El 81 % provenían de especialidades médicas, participaron MIR de 38 especialidades. Todos los encuestados percibían la muerte como tabú y sostenían su influencia en el cuidado de los enfermos al final de la vida. Los MIR que habían participado activamente en el cuidado de enfermos en situación de enfermedad avanzada y los que habían recibido mejor formación sobre la muerte se sentían profesional y personalmente más preparados para afrontar estas situaciones ($p < 0,01$). Un 97,5 % consideró muy necesario recibir formación, incluida en el currículo académico/profesional, y mediante cursos o reuniones abiertas. La normalización de la muerte desde la infancia, el desarrollo de los cuidados paliativos, la reflexión personal y los grupos de apoyo fueron las líneas de acción preferidas.

Conclusiones: Según los MIR de la muestra el tabú social de la muerte tiene consecuencias directas en la atención a enfermos al final de la vida. Aquellos con mayor experiencia personal o académica se sentían mejor preparados para atenderlos. Todos consideraron muy necesario mejorar su formación y plantearon diversas líneas de acción para superar los obstáculos en la atención al final de la vida.

*Autor para correspondencia:

Idoya Serrano Pejenaute

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Cruces Plaza, s/n., 48903 Barakaldo, Bizkaia, España

Correo electrónico: idoia.serranopejenaute@osakidetza.eus

DOI: [10.20986/medpal.2021.1211/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1211/2020)

KEYWORDS

Death, palliative care, health personnel, social perception, terminally ill.

Abstract

Introduction and objectives: The evident progress of palliative care is a reflection of the needs of today's society. However, there are still difficulties in its development. Death is a social taboo, and this is one of the barriers to implementation. The aim of this study is to analyse the perception of death among Medical Interns (MI), to promote reflection, and to explore lines of action to overcome barriers.

Methods: A voluntary, anonymous online questionnaire was sent to MI to collect data on the personal-professional perception and experience of death, the training received, and the teaching methods considered most appropriate. Different lines of action were proposed to overcome these barriers.

Results: We recorded 353 responses from 11 training hospitals: 81 % were from medical specialties, although MI from 38 specialties were involved. They all perceived death as taboo and argued for its influence in the care of terminally ill people. The MI who had actively participated in the care of terminally ill patients, and those who had received better training on death, felt professionally and personally more qualified to deal with terminal situations ($p < .01$). In all, 97.5 % considered that there was a great need for training, including in the academic/professional curriculum, and through courses or meetings. The normalisation of death from childhood, the development of palliative care, personal reflection and support groups were the preferred lines of action to improve the current scenario.

Conclusions: According to the MI in the sample the social taboo of death has direct consequences on the care of the terminally ill. MI with greater personal or academic experience felt more prepared to care for terminally ill patients. All of them considered it very necessary to improve training in this area and proposed different lines of action to overcome the barriers to end-of-life care.

Serrano Pejenaute I, Sánchez Echaniz J, López-Bayón J. La muerte en la sociedad actual: percepción de los médicos internos residentes. *Med Paliat.* 2021;28:87-93

INTRODUCCIÓN

La muerte no solo es una etapa más en nuestra biografía, sino que también es un acto social. Al menos así lo era hace unas décadas, hasta que la sociedad actual y la medicina moderna empezaron a considerarla una derrota. Para nuestra sociedad la muerte ha perdido su significado como parte de la vida humana y se considera la principal enemiga de la medicina industrial. Esto la convierte en algo intolerable que hay que esconder o apartar, dificultando una muerte "digna"¹.

Desde hace unos años existe una preocupación creciente ante esta situación que se ve reflejada en el aumento progresivo de publicaciones sobre el final de la vida y los cuidados paliativos.

Destacan 3 movimientos que buscan superar los obstáculos en la situación actual: la introducción de las voluntades anticipadas, el mayor desarrollo y concienciación sobre la atención paliativa, y la promoción de la formación de estudiantes, pregrado como posgrado, de las ramas sanitarias².

El número de inscripciones en el registro nacional de voluntades anticipadas ha aumentado en los últimos años, sin embargo la tasa estatal de inscripciones no llega a 7 por 1000 habitantes³. A pesar de existir una ley referen-

te al documento de voluntades anticipadas desde 2002⁴, la mayoría de los profesionales sanitarios en nuestro entorno desconoce sus detalles y utilidad⁵.

Los cuidados paliativos han ganado terreno con la creación continua de nuevas unidades especializadas a nivel estatal⁶ e internacional⁷. Incluso con la creación reciente de unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos^{8,9}. Aun así, en nuestro entorno todavía hay enfermos subsidiarios de recibir cuidados paliativos que, por falta de recursos en su área geográfica, o por no haber sido identificados como tal, no llegan a recibirlos¹⁰.

En cuanto a la educación sobre el final de la vida y los cuidados paliativos, se han publicado diversos artículos en los últimos años que proponen diferentes métodos docentes dirigidos a profesionales sanitarios en formación^{11,12}. Todos ellos concluyen que es necesario incluir la educación sobre el final de la vida de forma sistemática en el currículo académico y que todavía existen áreas de mejora en este ámbito¹³.

El tabú social que supone la muerte sigue siendo un obstáculo para el desarrollo de la atención al final de la vida y la integración completa de los cuidados paliativos y las voluntades anticipadas en el sistema de salud.

Los cuidados al final de la vida son necesarios en mayor o menor medida en todas las ramas de la medicina, por lo

tanto, es importante que todos los médicos sepan reconocer qué paciente se puede beneficiar de la atención de una unidad especializada en cuidados paliativos. Hasta la fecha se han publicado artículos dirigidos a conocer la percepción sobre el final de la vida en estudiantes de ramas sanitarias o en profesionales dedicados a cuidados paliativos y oncología^{14,15}. Sin embargo, existen pocos estudios dirigidos a los médicos en formación (médicos internos residentes [MIR]) durante el periodo de residencia.

Nuestros objetivos son analizar la percepción de la muerte entre los MIR, independientemente de su especialidad, y promover la reflexión personal sobre la muerte. Además, este estudio pretende buscar líneas de acción para superar las dificultades previamente expuestas, partiendo de las propuestas realizadas y de las aportaciones realizadas por la muestra estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño, procedimiento y muestra

Encuesta llevada a cabo entre MIR entre enero y febrero de 2020. Los participantes fueron encuestados de forma voluntaria y anónima, previo consentimiento informado. Se utilizó un cuestionario *online* (Google Forms) que se difundió por parte de la secretaría de docencia médica de cada centro.

La encuesta se envió a todos los MIR en activo de 11 hospitales docentes del País Vasco y Navarra, lo que supone una población aproximada de 2300 profesionales. Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: ser MIR en la actualidad y trabajar en un hospital docente.

Materiales

Se utilizó una encuesta breve *ad hoc*, compuesta por 13 ítems (Tabla I), 5 correspondían a variables cualitativas y 8 cuantitativas. Estas últimas se cuantificaron a través de una escala ordinal de likert de 5 puntos, donde 1 suponía el desacuerdo con la cuestión planteada y 5 el acuerdo total.

La primera parte de la encuesta se dirigía a conocer la percepción social de la problemática en el ámbito del final de la vida (ítems 1, 2). Las siguientes preguntas (3-7) estaban dirigidas a conocer la experiencia personal en relación con la muerte y enfermos al final de la vida. Los ítems 8, 9 y 10 recogían información sobre la autopercepción de la capacidad para afrontar la muerte y la formación recibida, basándose en encuestas validadas^{14,16}. Finalmente, las preguntas 11, 12 y 13 estaban dirigidas a buscar nuevas líneas de acción dirigidas tanto a profesionales sanitarios como a la sociedad en general. En los 2 últimos ítems (12 y 13) se proponían diferentes opciones entre las que los encuestados podían seleccionar tantas como quisieran, además de existir la opción de realizar nuevas propuestas.

Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo. En las variables cuantitativas se utilizó la media (M) como medida cen-

tral y la desviación típica (DT) como medida de dispersión ($M \pm DT$). En su mayoría fueron escalas ordinales, donde 1 fue la puntuación más baja y 5 la más alta, expresándose la puntuación media obtenida. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y números absolutos (%; n).

Posteriormente se realizó la comparación de medias mediante la t de Student para analizar las siguientes cuestiones: a) correlación entre la autopercepción de la capacidad de afrontamiento en situaciones al final de la vida y la experiencia vital, b) correlación entre la autopercepción de la capacidad de afrontamiento en situaciones al final de la vida y la formación recibida, c) correlación entre la formación recibida y la percepción de necesidad de ampliar la formación. Se consideraron significativos los valores p inferiores a 0,01.

El análisis estadístico se realizó en el programa informático IBM SPSS Statistics v23 mediante pruebas paramétricas para la comparación de medias.

RESULTADOS

Se obtuvieron 353 respuestas, lo que supone una tasa de respuesta, calculada de forma conservadora, del 15,3 %. Las características de la muestra pueden observarse en la Tabla II. El 81 % de las respuestas recibidas provenían de especialidades médicas, siendo medicina familiar y comunitaria (81; 22,9 %), pediatría (52; 14,7 %), medicina interna (21; 5,9 %) y psiquiatría (19; 5,4 %) las más frecuentes. Sin embargo, participaron MIR de 38 especialidades diferentes. En la Tabla III se expone un resumen de los resultados obtenidos en la encuesta.

Afrontar la muerte en el ámbito sanitario: formación y capacidad

La formación recibida sobre el tema de la muerte durante el periodo universitario o de residencia se valoró como deficiente o muy deficiente en el 13,4 % (47) y 26,4 % (93), respectivamente. La mayoría (97,4 %; 344) consideró muy necesario formarse en este ámbito, sin existir diferencias significativas entre aquellos que referían haber recibido mejor formación y los que no. Los MIR de la muestra se sentían mejor preparados personalmente ($3,18 \pm 1,02$) que profesionalmente ($3,01 \pm 1,06$) para atender a personas en situación de enfermedad avanzada.

En la Tabla IV se expresa la asociación entre la formación recibida y la experiencia personal con la autopercepción de la capacidad para afrontar la muerte. Los MIR que habían participado activamente en el cuidado de enfermos en situación de enfermedad avanzada (42 %; 148) y los que habían recibido mejor formación sobre la muerte (34 %; 120) se sentían profesional y personalmente más preparados para afrontar situaciones de final de vida ($p < 0,01$).

Propuestas para la formación de profesionales y aceptación de la muerte en la sociedad

Los profesionales de la muestra consideraban necesario recibir formación ($4,8 \pm 0,5$). Los métodos de formación

Tabla I. Cuestionario de 13 ítems.

Nº	Pregunta	Respuesta
1	¿Crees que la muerte hoy en día es un tabú?	Cuantitativa. Escala ordinal Puntuación del 1 al 5. 1: Totalmente en desacuerdo
2	¿Crees que la perspectiva actual sobre la muerte influye en el cuidado de los enfermos al final de la vida?	2: En desacuerdo 3: Neutral 4: De acuerdo 5: Totalmente de acuerdo
3	¿Con qué edad recuerdas haber tenido tu primer contacto consciente con la muerte? (sin necesidad de ser directo)	Cuantitativa. Edad en años
4	¿Has tenido contacto directo con la muerte en tu entorno personal?	
5	¿Has tenido oportunidad de participar activamente en los cuidados de alguna persona en fase de enfermedad avanzada?	
6	¿Has presenciado en tu entorno personal o profesional alguna “conspiración del silencio” en una situación de enfermedad avanzada? Es decir, cuando los familiares, amigos o médicos evitan hablar u ocultan información sobre el pronóstico o el diagnóstico al paciente	Cualitativa Sí/No
7	¿Crees que es positivo apartar a los niños de los enfermos al final de la vida?	
8	¿Has recibido formación sobre la muerte durante tu educación en la universidad o en el hospital?	Cuantitativa. Escala ordinal Puntuación del 1 al 5. 1: Totalmente en desacuerdo
9	¿Crees que estás profesionalmente preparado para atender a un paciente al final de la vida?	2: En desacuerdo 3: Neutral
10	¿Y personalmente, crees que estás preparado para atender a un paciente al final de la vida?	4: De acuerdo 5: Totalmente de acuerdo
11	¿Crees que es necesario recibir formación sobre este tema?	
12	¿Cuál te parece la mejor forma?: - Incluido en la formación académica durante el periodo universitario o residencia - Cursos, talleres... - Conferencias, congresos... - Reuniones abiertas a la participación, sesiones clínicas - Otros...	Cualitativa Multirresposta
13	Marca entre las siguientes cuáles te parecen soluciones posibles a esta problemática social. El apartado de “otros” está abierto a nuevas propuestas: - Normalizar la muerte desde la infancia, tanto en casa como en la escuela - Formación a profesionales sanitarios - Grupos de apoyo a familiares de personas en situación de enfermedad avanzada - Reuniones abiertas donde poder discutir y reflexionar sobre la muerte sin tabúes (“Death Café”...) - Desarrollo de los cuidados paliativos y superación de estigmas - Promover la reflexión y la búsqueda personal para dar sentido al binomio vida y muerte - Otros...	Cualitativa Multirresposta

elegidos por la muestra fueron los siguientes: incluir la formación relacionada con la muerte y los enfermos en situación de enfermedad avanzada en el currículo académico/profesional (84,7 %; 299), realización cursos o talleres monográficos (72 %; 254), reuniones abiertas a la participación o sesiones clínicas (43,9 %; 155) y participación en conferencias o congresos (36,8 %; 130). Se propusieron nuevas alternativas, como realizar rotaciones en unidades específicas de cuidados paliativos y promover con estas experiencias sesiones monográficas donde los residentes y profesionales referentes de las unidades intercambiaran reflexiones a

partir del análisis de los procesos vividos por los pacientes atendidos conjuntamente. También destacaron las propuestas de recibir formación sobre la detección y manejo de las necesidades espirituales al final de la vida, y la cosmovisión de las diferentes culturas o religiones.

Por otra parte, también se propusieron líneas de acción dirigidas a la normalización y aceptación de la muerte en la sociedad: la normalización de la muerte desde la infancia (87,5 %; 309), el desarrollo y promoción de los cuidados paliativos (84,7 %; 299), la formación de profesionales sanitarios (83,9 %; 296), grupos de apoyo a familiares de enfermos en

Tabla II. Características sociodemográficas de la muestra.

	n	%
Edad (años)		
< 30	331	93,8
30-50	21	5,9
> 50	1	0,3
Grupo de especialidad		
Médica	287	81,3
Médico-quirúrgica	28	7,9
Quirúrgica	29	8,2
Laboratorio	9	2,5
Nivel de centro hospitalario		
Tercer nivel	313	88,7
Segundo nivel	40	11,3

situación de enfermedad avanzada (73,4 %; 259), promoción de la reflexión y búsqueda personal en la sociedad (55,8 %; 197) y reuniones abiertas donde poder discutir y reflexionar sobre la muerte sin tabúes como los “Death Café” (52,7 %; 186). Además de las líneas de acción previamente comentadas, los participantes propusieron promover el uso del “documento de voluntades anticipadas” en enfermos crónicos como parte del proceso de planificación del final de la vida y la revisión de la legislación sobre el final de la vida en el contexto de fomentar el diálogo social sobre la muerte.

DISCUSIÓN

Este estudio aporta información sobre la percepción de los MIR sobre la muerte y la atención al final de la vida. Busca

promover la reflexión en este colectivo mediante la aportación de propuestas para superar los obstáculos actuales en la atención de los enfermos en situación de enfermedad avanzada.

Según los MIR de la muestra, el tabú social de la muerte tiene consecuencias directas en la atención a enfermos al final de la vida. La mayoría de los MIR habían presenciado situaciones en las que médicos o familiares ocultaban información sobre su pronóstico a enfermos en situación de enfermedad avanzada, lo que refleja la afirmación anterior.

Los MIR con mayor experiencia personal o académica se sentían más preparados para atender a pacientes al final de la vida, siendo estos resultados similares a los observados en otros estudios^{17,18}. La participación activa en el cuidado de un enfermo en situación de enfermedad avanzada parece tener repercusión en cómo se sienten los MIR a la hora de atender a otros pacientes en situaciones similares, tanto personal como profesionalmente. A pesar de que la mayoría de los encuestados habían tenido contacto directo con la muerte de familiares o amigos, solo la mitad de los encuestados había participado activamente en los cuidados al final de la vida.

Todos los encuestados consideraron muy necesario mejorar la formación en esta área, independientemente de la recibida previamente. Por lo tanto, los profesionales sanitarios ven la necesidad de recibir formación sobre el final de la vida, de forma continuada.

Los estudios dirigidos tanto a estudiantes como a MIR coinciden en la necesidad de mejorar la formación sobre el final de la vida y los cuidados paliativos^{19,20}, como queda reflejado en nuestro estudio. Varias publicaciones subrayan la necesidad de establecer guías formativas específicas para estudiantes de las ramas sanitarias y los profesionales en formación^{13,21,22}. Múltiples estudios han evaluado la eficacia de diferentes programas formativos y su utilidad. Todos ellos concluyen que la educación es imprescindible para mejorar las capacidades de los profesionales en la atención a los enfermos al final de la vida^{11,12,23,24}. La mayoría de los programas formativos propuestos para mejorar la educación

Tabla III. Resumen de los resultados obtenidos en la encuesta.

VARIABLES CUANTITATIVAS	M	DT
1. La muerte como tabú	3,47	1,06
2. Influencia en el cuidado de enfermos	4,23	0,77
3. Primer contacto con la muerte	10,66	4,93
7. Niños y enfermos al final de la vida	1,86	0,91
8. Formación recibida	2,97	1,25
9. Percepción de preparación profesional	3,01	1,06
10. Percepción de preparación personal	3,18	1,02
11. Necesidad de formación	4,80	0,504
VARIABLES CUALITATIVAS	SÍ % (n)	NO % (n)
4. Contacto directo con enfermos al final de la vida	92,1 (325)	7,9 (28)
5. Participación activa en los cuidados	58,6 (207)	41,4 (146)
6. Conspiración del silencio	75,1 (265)	24,9 (88)

DT: Desviación típica. M: media.

Tabla IV. Autopercepción de la capacidad personal y profesional para atender a personal al final de la vida según experiencia personal y formación recibida.

		N	M	DT	p
8. Formación recibida					
9. Percepción de preparación profesional	Insuficiente (1-3)	224	2,83	1,031	< 0,001*
	Adecuada (4-5)	128	3,31	1,041	
10. Percepción de preparación personal	Insuficiente (1-3)	224	3,04	1,039	0,001*
	Adecuada (4-5)	129	3,41	0,957	
5. Participación activa en el cuidado de enfermos al final de la vida					
9. Percepción de preparación profesional	No	145	2,81	1,107	0,003*
	Sí	207	3,15	1,001	
10. Percepción de preparación personal	No	146	2,93	1,068	< 0,001*
	Sí	207	3,35	0,958	
8. Formación recibida					
11. Necesidad de formación	Insuficiente (1-3)	224	4,79	0,532	0,48
	Adecuada (4-5)	129	4,83	0,453	

DT: desviación típica. M: media. p: valor p.

Se comparan las medias de puntuación obtenidas en las preguntas de la primera columna clasificadas en 2 grupos según la respuesta a pregunta de la segunda columna.

sobre la muerte y los cuidados paliativos proponían realizarlo de forma interactiva, mediante juegos de rol-playing, discusión de casos concretos o mediante rotaciones en servicios específicos de cuidados paliativos²⁵⁻²⁸, coincidiendo con los modelos formativos preferidos por los encuestados. Las experiencias docentes en servicios que atienden a este tipo de pacientes no solo sirven para mejorar la formación sobre el final de la vida, sino que también pueden aportar una visión integral y humana de la medicina²⁹.

A diferencia de otros estudios dirigidos a profesionales en formación^{25,30,31} o especialistas¹⁴⁻³², uno de los objetivos de nuestro estudio fue recoger propuestas para mejorar la percepción social de la muerte. El compromiso de los médicos jóvenes con la sociedad en el ámbito del final de la vida se vio reflejado en las propuestas realizadas para mejorar la situación a nivel profesional y social.

Además de la formación de los profesionales sanitarios ya mencionada, destacaban líneas de acción a nivel social, como la normalización de la muerte desde la infancia y el apoyo a familiares. La normalización de la muerte desde la infancia es una de las tradiciones que se ha perdido en la actualidad, ya que hace unas pocas décadas los niños participaban de forma activa en el cuidado de enfermos y en ritos funerarios¹. A pesar de que la mayoría de los encuestados consideró negativo apartar a los niños de los enfermos en situación de final de vida, esta es una situación frecuente hoy en día. Los más pequeños, al ser apartados, crean ideas erróneas y un miedo condicionado hacia la muerte que cargan consigo hasta la edad adulta. Además de facilitar la participación de los más jóvenes en estas situaciones, algunos autores subrayan la utilidad de la literatura en este grupo de edad³³.

Otras líneas de acción propuestas para la normalización de la muerte se dirigían hacia la reflexión personal, ya sea de forma individual o en grupo, mediante reuniones abiertas como los "death café". En estas últimas, los participantes pueden hablar sin tabúes sobre cuestiones relacionadas con la muerte, planteando situaciones o dudas personales y compartiendo experiencias. Algunas publicaciones ya han estudiado la utilidad de estas reuniones, tanto a nivel académico como social^{28,34}.

Una de las limitaciones de este estudio es la utilización de un cuestionario *ad hoc* no validado. Por otra parte, al estar dirigido a médicos de diferentes especialidades y con una limitada experiencia profesional, los resultados podrían diferir de aquellos obtenidos en profesionales experimentados o especializados en el área de los cuidados paliativos^{15,17,32}.

En conclusión, este estudio permite conocer la percepción sobre el final de la vida en los profesionales en formación y muestra un importante grado de compromiso en este ámbito mediante las líneas de acción propuestas por los encuestados. Subraya la necesidad de reforzar la formación de los profesionales y la normalización de la muerte en la sociedad, para mejorar la atención de los enfermos al final de la vida. Serían necesarios estudios dirigidos a analizar cada una de las líneas de acción propuestas de forma individual. También serían útiles los estudios dirigidos a establecer modelos formativos incluidos en el currículo de los médicos especialistas en formación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

PRESENTACIÓN EN CONGRESOS

Los resultados que se presentan en este artículo han sido expuesto en el IV congreso online de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL) en septiembre de 2020.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. Madrid: Arán; 2006.
- Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000;342:654-6.
- Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Registro Nacional de Instrucciones Previas; 2013 [actualizado 1 Ene 2020; citado 8 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Salvador MT, Rodríguez N, Gadea V, Royuela L, Forcano S, García V. Conocimiento y valoración de las voluntades anticipadas del personal sanitario de unidades de hospitalización a domicilio, oncología médica, hospitales de día y servicios de urgencias. *Med Paliat*. 2019;26:227-35.
- Doblado R, Herrera E, Librada S, Lucas MA, Muñoz I, Rodríguez Z. Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España [monografía en Internet]. Madrid: SECPAL; 2016 [acceso 8 Jun 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf
- Clark D, Wright M. The international observatory on end of life care: a global view of palliative care development. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:542-6.
- Martino R. Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: criterios de atención [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2014 [acceso 18 Jun 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
- Martino R. Cuidados paliativos pediátricos: crecimiento y desarrollo. *Med Paliat*. 2017;24:55-6.
- Reid C, Gibbins J, Bloor S, Burcombe M, McCoubrie R, Forbes K. Healthcare professionals' perspectives on delivering end-of-life care within acute hospital trusts: A qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5:490-5.
- Wilson PM, Herbst LA, Gonzalez-del-Rey J. Development and Implementation of an End-of-Life Curriculum for Pediatric Residents. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35:1439-45.
- Smith L, Hough CL. Using death rounds to improve end-of-life education for internal medicine residents. *J Palliat Med*. 2011;14:55-8.
- Gillan P, van der Riet P, Jeong S. End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2014;34:331-42.
- Galiana L, Oliver A, Sansó N, Pades A, Benito E. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2017;24:126-35.
- Ascencio L, Allende SR, Verastegui E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*. 2014;11:101-15.
- Bugen LA. Coping: effects of death education. *J Death Dying*. 1980-81;11:175-83.
- Sinclair S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *CMAJ*. 2011;183:180-2.
- Fraser H, Kutner J, Pfeifer M. Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med*. 2001;4:337-43.
- Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat Med*. 2010;24:299-305.
- Mullan P, Weissman D, Ambuel B, von Gunten C. End-of-life care education in internal medicine residency programs: an inter-institutional study. *J Palliat Med*. 2002;5:487-96.
- Van Aalst-Cohen E, Riggs R, Byock I. Palliative care in medical school curricula: a survey of United States medical schools. *J Palliat Med*. 2008;11:1200-02.
- Litauka AM, Kozikowski A, Nouryan CN, Kline M, Pekmezaris R, Wolf-Klein G. Do residents need end-of-life care training? *Palliat Support Care*. 2014;12:195-201.
- White N, Oostendorp L, Tomlinson C, Yardley S, Ricciardi F, Gökalp H, et al. Online training improves medical students' ability to recognise when a person is dying: The ORaCIES randomised controlled trial. *Palliat Med*. 2020;34:134-44.
- Mason SR, Ellershaw JE. Undergraduate training in palliative medicine: is more necessarily better? *Palliat Med*. 2010;24:306-9.
- Kawaguchi S, Mirza R, Nissim R, Ridley J. Internal medicine residents' beliefs, attitudes, and experiences relating to palliative care: a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34:366-72.
- Schmidt-RioValle J, Campos-Calderon CP, García-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliat*. 2012;19:113-20.
- Mulder SF, Bleijenberg B, Verhagen SC, Stuyt PMJ, Schijven MP, Tack CJ. Improved competence after a palliative care course for internal medicine residents. *Palliat Med*. 2009;23:360-8.
- Nelson KE, Wright R, Abshire M, Davidson PM. All things death and dying: health professional students participating in the Death Café Model. *J Palliat Med*. 2018;21:850-2.
- Strano-Paul L, Lane S, Lu WH, Chandran L. Impact of a home hospice visit program on third-year medical students: a qualitative analysis of student reflections. *J Palliat Care*. 2015;31:5-12.
- Schmit JM, Meyer LE, Duff JM, Dai Y, Zou F, Close JL. Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with End-of-life care. *BMC Med Educ*. 2016;16:1-6.
- Weissmann DE, Ambuel B, Norton AJ, Wang-Cheng R, Schiedermayer D. A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees. *J Pain Symptom Manage*. 1998;15:82-90.
- Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliat Support Care*. 2014;12:309-16.
- Arruda-Colli MNF, Weaver MS, Wiener L. Communication about dying, death, and bereavement: a systematic review of children's literature. *J Palliat Med*. 2017;20:548-59.
- Nelson R. Discussing death over coffee and cake: the emergence of the Death Café. *Am J Nurs*. 2017;117:18-9.