



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES  
SANITARIOS ANTE LA MUERTE Y HACIA LA  
PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LAS  
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR EN LA EMERGENCIA  
EXTRAHOSPITALARIA**

Autor: Patricia Sanjorge Carretero

Director: Elena Gismero González

Madrid  
Mayo, 2015



**LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA MUERTE Y HACIA LA  
PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA**

Patricia  
Sanjorge  
Carretero

# LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA MUERTE Y HACIA LA PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA.

## Resumen

Los profesionales de emergencias, que intervienen frecuentemente en situaciones donde la muerte está presente, suelen padecer ansiedad e intranquilidad al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte; en este ámbito, se ha considerado la presencia familiar durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar como una oportunidad para proporcionar apoyo emocional, y facilitar el proceso de duelo. Los objetivos de este estudio fueron: estimar si existen diferencias en las actitudes ante la muerte de los profesionales de emergencias y de la población general; analizar si existe una relación entre las actitudes ante la muerte de estos profesionales y el manejo que hacen de los familiares presentes en las maniobras de reanimación cardiopulmonar; por último, estudiar si existe una relación entre las actitudes ante la muerte y las creencias de dichos profesionales acerca de que un familiar presencie la reanimación de su ser querido. Se aplicaron dos cuestionarios, que incluían la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte, a una muestra formada por 264 sujetos. Se encontraron diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre los profesionales de emergencias y el resto de la población; se observó que el manejo que los profesionales hacen de los familiares presentes durante la reanimación de su ser querido, es independiente de las actitudes ante la muerte de dichos profesionales; por último, se encontró que las creencias de los profesionales acerca de que un familiar presencie la reanimación de su ser querido y acerca de la influencia de su profesión en el proceso de morir, predicen las actitudes ante la muerte de los profesionales sanitarios en emergencias.

**Palabras clave:** creencias, actitudes ante la muerte, presenciar reanimación cardiopulmonar, familiares, emergencias.

## Abstract

Medical emergency professionals, who frequently take part in situations where death is the focus problem, usually fell anxiety and unease when they have to affront their own death's fears. In this area, it has considered the victim's relatives presence during the cardiopulmonary resuscitation (CPR) being an opportunity to give emotional support and to make easier mourning process. The objectives of this study were: to evaluate whether there are differences in death's attitudes from medical emergency professionals and civil population; to analyze whether there is a relationship between death attitudes from medical emergency professionals and the victim's relatives management that these professionals make during CPR; Finally, to study whether there is a relationship between death and beliefs attitudes from these professionals about relatives witness the revival of their loved one. Two test were applied, which included Bugen's Death Confront Scale, applied to a 264 subjects sample. Significant differences in death attitudes between medical emergency professionals and civil population were found; we can conclude that management from medical emergency professionals with the relatives' victim during CPR is independent from attitudes towards death on these professionals; Finally, professional's beliefs about victim's relatives revival of their loved one and the influence of their profession in dying process, can predict death attitudes on medical emergency professionals.

**Keywords:** beliefs, attitudes towards death, witness CPR, relatives, emergencies.

## **Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia extrahospitalaria.**

El concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, pues varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales. En este sentido, las actitudes que las personas manifiestan ante la muerte, pueden ser también transitorias (Limonero, 1994). En general, la muerte genera gran diversidad de actitudes y de emociones, principalmente, de manera aversiva. Tal como señalaba Cassem (como se citó en Colell, 2005), la muerte supone la mayor amenaza para la vida y las conductas de evitación no sólo se dan ante la muerte de una persona, sino también ante la presencia de una persona enferma o moribunda o la visión de un cadáver.

Las actitudes de las personas frente a la muerte han ido cambiando a lo largo de los siglos (Rodríguez et. al., 2006). No obstante, para hablar de las actitudes ante la muerte, es necesario aclarar antes el concepto de actitud. Lamberth (como se citó en Colell, 2005) definía la actitud como una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitiva, afectivas y probablemente comportamentales. Para Morales, Rebollo y Moya (1995), los tres componentes coinciden en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud; es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención podría ser una conducta de apoyo u hostilidad. No obstante, habrá que tener presente que para estos autores, los tres componentes de las actitudes estaban relacionados entre sí; en otras palabras, desde esta perspectiva, las actitudes se definían bajo un componente cognitivo (ideas y creencias) y un componente afectivo (estaban relacionadas con ciertas emociones), y ambos componentes estaban relacionados con un tercer componente conductual (la acción que se realiza respecto al objeto de la actitud). Sin embargo, en la actualidad, el trabajo teórico y empírico de los últimos años, mantiene que estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto podría sentir algo como positivo, como por ejemplo, la atención al enfermo terminal, pero no necesariamente actuar de acuerdo a este sentimiento; es decir, tal como decía Neimeyer (como se citó en Colell, 2005), podría o no trabajar con enfermos al final de su vida.

Como mencionábamos anteriormente, las actitudes de las personas ante la muerte han ido cambiando con el paso del tiempo. Aries (2000) diferencia en Occidente dos momentos en la vivencia de la muerte: uno, previo a su institucionalización hospitalaria, en el que es aceptada como parte natural de la existencia; y otro, desde que el hospital pasa a ser la institución reservada para morir, traduciéndose en un cambio radical en la conciencia e información sobre la propia muerte (Rodríguez et. al., 2006). Durante casi doce siglos, la actitud fundamental de la sociedad era de resignación y espera de la muerte, y los ritos de la muerte eran aceptados y cumplidos de manera ceremoniosa. En el siglo XVIII, el hombre occidental tiende a dar a la muerte un nuevo sentido, percibiéndola con mayor exaltación y dramatización, y dándose una mayor dificultad de aceptar la muerte del otro (Aries,

2000). A partir del siglo XVIII, se inicia en la sociedad occidental el proceso de medicalización, de modo que el proceso de morir de las personas, antes regulado por la familia y las comunidades religiosas, fue progresivamente desplazándose bajo el dominio del sistema médico (Rodríguez et. al., 2006). En el siglo XIX se producen grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y se produce entonces lo que llaman una “rebelión contra la muerte”, la cual es concebida como lejana y evitable, y tiene que ver con la época más reciente de la sociedad occidental de negación de la muerte (Rodríguez et. al., 2006).

En este sentido y, tal como decía Templer (como se citó en Colell, 2005), la ansiedad ante la muerte ha sido definida como una reacción emocional producida por la percepción de las señales de peligro o amenazas reales o imaginarias, a la propia existencia que puede desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la propia muerte o la muerte del otro. Frente a la idea de la muerte, las actitudes han variado a través del tiempo y en las distintas sociedades y culturas; esto le atribuye características únicas que están dadas por la historia personal de las pérdidas vividas y por la forma de elaborar el duelo frente a las mismas, la esperanza de vida y las creencias sobre el ser humano (Aries, 2000). La actitud que cada individuo adopte ante la muerte dependerá también de las creencias religiosas o agnósticas, de la concepción filosófica, así como de la capacidad para enfrentarse con la realidad de la vida o con la realidad o no de la muerte. Dichas actitudes inciden directamente en cómo se plantea el acompañamiento de otros que mueren y esto tiene que ver con cómo experimenta el ser humano la situación de la muerte ajena. Para todo individuo es importante prepararse para la situación de la muerte de otros (Ascencio et. al., 2014).

Por tanto, el proceso de morir es un período propicio para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. En este proceso, están involucrados el paciente moribundo, la familia del paciente y el equipo asistencial. La fragilidad de este momento, posiblemente generará sentimientos difíciles de contener y vivenciar, y la ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente. Dentro del colectivo sanitario, los profesionales de la salud (como el personal de enfermería) son susceptibles de vivir de forma muy directa esta situación tensa que genera la muerte a corto plazo (Colell, 2005), por dos motivos. En primer lugar, porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su vida y, en segundo lugar, porque es el colectivo que más horas pasa al lado del enfermo y su familia. Esta proximidad espacial y temporal, conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que, de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, pueden llevar a manifestaciones de ansiedad o estrés (Colell, 2005). Por otro lado, si a este padecimiento se añade la tensión que conlleva la presión asistencial, se puede llegar a una situación de agotamiento emocional, produciéndose, o bien un distanciamiento con el enfermo, o todo lo contrario, una identificación con sus problemas. Todo ello, repercutirá en un deterioro de la relación interpersonal, con consecuencias negativas, tanto para el enfermo como para el profesional, al estar incapacitado emocionalmente para desarrollar su labor (Colell, 2005).

Es por ello que en el ámbito de la salud existe una necesidad de abordar las emociones de los profesionales que puedan influir en la calidad de la asistencia, especialmente aquellas experiencias derivadas de procesos de muerte y de duelo de pacientes y familiares. Wong, Barreto y Widder (como se citó en Ascencio et. al., 2014) sugieren que es inevitable que los aspectos emocionales del profesional de la salud incidan en la manera de comunicarse con el paciente, en la toma de decisiones, en su capacidad de afrontamiento, en la resolución de los problemas y en su integración en el conjunto asistencial (Centeno, 1999; y Tomás-Sábado, 2001).

De acuerdo a Mok, Lee y Wong (como se citó en Ascencio et. al., 2014), cuando el personal de salud asume la muerte como un proceso natural, los niveles de ansiedad generados por la muerte de los enfermos disminuye, debido a la comprensión del suceso terminal, su significado y al asumir las emociones propias que genera la muerte. Gala et. al., (2002) y Pichardo y Diner (2010) afirman que corresponde al personal de salud acompañar al paciente y a su familia en el proceso de muerte, por lo es necesario que exista un adecuado manejo emocional y un interés genuino. Una de las principales consideraciones en el manejo de la ansiedad ante la muerte, afirma Brockopp (como se citó en Ascencio et. al., 2014), consiste en mantener un adecuado control emocional, una comprensión de la muerte y de su significado, así como mantener una actitud serena y madura frente al paciente, la familia y el contexto hospitalario.

Collel, Limonero y Otero (2003), y Gómez Sancho (2005), sugieren que la ansiedad que se genera en el personal de salud ante la muerte de un paciente, está dada por la confrontación con su propia muerte; sugieren que el personal sanitario cambia sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal (Fonnegra, 1992) y que es el personal médico el que ha presentado más miedo ante la muerte en comparación con los propios pacientes, y esto se ha visto reflejado en la disminución de la motivación desafiante de sus habilidades e inexplicables cambios de humor (Grau et. al., 2008).

Los profesionales de emergencias en el contexto extrahospitalario forman parte del colectivo sanitario mencionado, el cual a menudo se enfrenta a situaciones en las cuales la muerte está presente. La existencia de los diferentes servicios de emergencias médicas ha permitido acercar a la población procedimientos y técnicas que anteriormente eran exclusivos del medio hospitalario, contando con la posibilidad de ver situaciones dramáticas de alto impacto emocional. También los medios de comunicación (series de televisión, reportajes, prensa, etc.) han ayudado a popularizar diversas técnicas y a familiarizar a la población con determinadas situaciones. Una de ellas, es la muerte súbita en la que está indicado realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP) (De la Flor et. al., 2006).

El aumento de la demanda de presencia familiar durante las maniobras de RCP (Williams, 2002 y Meyers; Eichborn y Guzzetta, 1998; como se citó en Achury y Achury, 2010), avalada en cierta medida por el reconocimiento en diferentes legislaciones de El Derecho de Autonomía del Paciente, viene generando entre los profesionales inquietud, polémica y estudios sobre su idoneidad (Offord y McLauchlann, como se citó en Achury y Achury, 2010). El International Liaison Committee on Resuscitation (IL-COR) en sus Recomendaciones para el 2000 de RCP y Atención Cardiovascular de Urgencia (ACU) recoge tal posibilidad (AHA, 2000). No existe sin embargo y por

el momento, evidencia científica suficiente para recomendar su práctica de forma generalizada (Boudreaux, Francis y Loyacano, como se citó en Achury y Achury, 2010).

La familia, considerada como la “institución sustentadora de las relaciones del individuo” (Delgado, 1994) con base en una comunicación efectiva y acertada, forja el desarrollo de las relaciones interpersonales entre sus miembros y establece la interdependencia que entre ellos se genera. Adicionalmente, el rol de la familia ha sido ampliamente estudiado y justificado por el papel que desempeña en la salud y el bienestar de sus miembros (Bernat, 2008), de manera que la enfermedad de cualquiera de los individuos afecta su normal funcionamiento, debido al poco tiempo de adaptación que se tiene para hacer frente a la situación y ocasiona en los familiares de los pacientes, durante el periodo de hospitalización, sentimientos de desamparo, vulnerabilidad, desorganización y estrés (Santana, Kimora y Azevedo, 2007); es entonces en estos periodos de crisis, en donde se hacen más evidentes las necesidades familiares, siendo la comunicación y la cercanía con el paciente hospitalizado (como se citó en Achury y Achury, 2010) las más relevantes, ya que se convierten en la principal fuente de apoyo y afectividad. Por ello, se han desarrollado procesos de participación que permiten que el familiar ascienda en el cuidado de la persona críticamente enferma de acuerdo a sus posibilidades; para que el familiar participe es indispensable que se encuentre motivado y haga operativa la iniciativa de participar en el cuidado, pensando siempre en el objetivo, proceso y resultado de su intervención. Una vez superada la motivación debe iniciarse la participación básica, en donde el familiar se incorpora proporcionando acompañamiento elemental al paciente en estado crítico y, por último, la participación avanzada, que le permite a la familia incorporarse de forma gradual al cuidado, previa orientación educativa en intervenciones o procedimientos, donde la reanimación cardiopulmonar se convierte en uno de ellos (Torres y Morales, 2004). La reanimación cardiopulmonar ha sido considerada durante mucho tiempo una situación estresante, en la cual se debe restringir la presencia del familiar; sin embargo, con el paso del tiempo y las tendencias actuales de cuidado que destacan la importancia de la familia y la satisfacción de sus necesidades, se hace imprescindible la apertura de estos espacios a la presencia del familiar (Achury y Achury, 2010).

En el hospital de Foote, Doyle (como se citó en Achury y Achury, 2010) presentó el primer trabajo que introdujo en la práctica la presencia de los familiares durante la reanimación cardiopulmonar, como respuesta a la petición de dos parientes (como se citó en Achury y Achury, 2010) y a partir de ahí, algunos consensos como el realizado en 2007 a nivel internacional por la European Federation of Critical Care Nursing Associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care y European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, manifiestan el derecho de la familia a estar presente durante la reanimación cardiopulmonar, haciendo especial énfasis en la toma de una decisión en forma conjunta entre el familiar y el personal de salud, sin ningún tipo de influencia o presión. De esta manera, en el marco de las líneas actuales de cuidado centrado en la familia, el profesional de enfermería, como parte esencial del equipo de salud, tiene la labor de planificar y centrar sus cuidados en la satisfacción de las necesidades del paciente y su familia, mediante la apertura de diferentes espacios que favorezcan un

contacto más cercano y la obtención de una mayor información; sin embargo, a pesar del conocimiento que se tiene sobre ello, estas necesidades son desatendidas (Davidson, 2009) por las diversas limitaciones que establecen factores como el espacio, las percepciones que tiene el personal de salud, el estado emocional de los actores implicados y los protocolos y guías de manejo (como se citó en Achury y Achury, 2010).

Actualmente, existen pocas instituciones con políticas escritas que establezcan o no la presencia del familiar durante la realización de las maniobras de reanimación. A nivel internacional se encuentran la mayor parte de los estudios que apoyan la presencia del familiar durante la reanimación cerebro cardiopulmonar, sustentando dicha práctica en la satisfacción de las necesidades familiares y los beneficios que ello trae consigo (Achury y Achury, 2010).

En la actualidad, en España existen muy pocos estudios sobre la presencia familiar, sin embargo es frecuente encontrar que esta práctica es restringida no solo en la reanimación cardiopulmonar sino también durante en la realización de procedimientos invasivos en general, por las percepciones que tienen acerca de esta práctica los profesionales de la salud (Achury y Achury, 2010).

Los estudios demuestran que el personal de salud es bastante escéptico ante la presencia del familiar durante la reanimación cardiopulmonar, y por ello son habituales las prácticas hospitalarias en donde, ante la existencia o ausencia de políticas, protocolos y guías de manejo, se restringe su presencia. Con mucha frecuencia el personal de salud desarrolla temor ante la presencia del familiar y limita la apertura de dichos espacios; los profesionales de enfermería consideran que la familia no debe estar presente durante la realización de maniobras de reanimación, por el potencial efecto de ansiedad que puede desencadenar la situación tanto en el personal de salud como en los familiares, argumentando que se sienten observados por los familiares, los cuales no tienen suficientes conocimientos y pueden malinterpretar los procedimientos médicos (Achury y Achury, 2010), situación que guarda una estrecha relación con el miedo a las reclamaciones. Por otra parte, también es frecuente que los profesionales de enfermería teman al resultado de la ansiedad de los familiares sobre la realización de las maniobras de reanimación y a las consecuencias psicológicas que se puedan desencadenar en los familiares, lo que ocasionaría una interrupción en la ejecución de los procedimientos. Otros estudios revelan que los enfermeros consideran que no existe personal y espacio suficiente para atender las necesidades de los familiares, ya que uno de los miembros fundamentales del equipo de salud debe permanecer con los familiares para acompañarlos y apoyarlos en el proceso o porque consideran que la presencia del familiar es una violación a la confidencialidad del paciente. Con lo anterior, se puede afirmar que el resultado de estas percepciones está relacionado con la falta de formación y conciencia sobre la importancia de dicha práctica y el desconocimiento de la evidencia encontrada en las guías internacionales que avalan la apertura de los espacios a la presencia del familiar y que sustenta esta intervención (Achury y Achury, 2010).

Algunos profesionales de enfermería consideran la presencia del familiar durante las maniobras de reanimación como una oportunidad para proporcionar apoyo emocional, espiritual y



orientación a los familiares de los pacientes, lo que incrementa la comprensión de la situación, favorece la toma de decisiones acerca de la reanimación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo (como se citó en Achury y Achury, 2010). Los profesionales de enfermería sienten que la presencia del familiar brinda la oportunidad de proveer conocimientos y explicaciones a los parientes sobre los procedimientos realizados, y además le permite al familiar observar la rapidez con que se asiste la situación, entender la magnitud de la misma y garantizar la aplicación de todas las opciones terapéuticas favoreciendo el cumplimiento de las expectativas de la familias del manejo dado al paciente, y sobre todo reafirmando que la presencia familiar “es un derecho y no una opción” (Achury y Achury, 2010).

En un estudio realizado en Canadá (McClement, Fallis y Pereira, 2009), se plantea que el profesional de enfermería debe ponerse en el papel del paciente e indagar si en un momento de crisis ellos querrían estar cerca de sus familiares y de los profesionales (desconocidos) que intentan salvar su vida, o simplemente en compañía de los últimos; esta práctica puede resultar de ayuda a los profesionales de enfermería para permitir la presencia de los familiares.

Por otro lado, la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar, le permite al familiar la compañía del paciente y asumir mejor el proceso de la muerte. Se ha encontrado que esta práctica disminuye la incidencia de reclamaciones porque favorece la confianza y elimina las dudas que pueden surgir del trabajo realizado por el personal de salud (Achury y Achury, 2010). Asimismo, a pesar de los miedos manifestados habitualmente por los profesionales de la salud acerca de la posibilidad de interferencia de los familiares en la intervención, no se encontraron alteraciones en las prácticas del equipo de salud, ni eventos adversos durante la presencia de los familiares; la presencia familiar durante las maniobras de reanimación se asoció a una disminución de los sentimientos de ansiedad y miedo y muchos de los familiares que habían presenciado la reanimación manifestaron que repetirían la experiencia (Achury y Achury, 2010). Ellison (2003) encontró relaciones significativas entre una mayor formación de los profesionales de enfermería, la participación en organizaciones profesionales, su experiencia como pacientes o con familiares cercanos y las actitudes positivas hacia la presencia de la familia durante la realización de las maniobras de reanimación; de forma similar, Twibell (como se citó en Achury y Achury, 2010) encontró que los profesionales de enfermería que permitían la presencia de los familiares, percibían de esta práctica una mayor cantidad de efectos benéficos en comparación con los riesgos. Adicionalmente, dado que la decisión de permitir el ingreso de los familiares a la reanimación no depende única y exclusivamente del personal de enfermería, otros estudios demostraron (como se citó en Achury y Achury, 2010) que los profesionales de enfermería tienen más actitudes positivas ante esta práctica que los médicos, de manera que está en manos del profesional de enfermería plantear estrategias que favorezcan dicha práctica y todos los efectos benéficos que ésta trae consigo.

Actualmente, la mayoría de los estudios publicados se refieren a la presencia familiar durante maniobras de RCP en las salas de Urgencias de los hospitales (como se citó en Achury y Achury, 2010), pero existen muy pocos estudios referidos a la presencia familiar en RCP en el contexto de la

emergencia extrahospitalaria, así como estudios sobre actitud ante la muerte de los profesionales en este mismo contexto. Se hace necesario, por tanto, estudiar en profundidad las creencias y el manejo que hacen los profesionales de los equipos de emergencias en relación a la presencia familiar durante maniobras de RCP en el ámbito extrahospitalario, así como conocer las diferentes actitudes que presentan ante la muerte, con el propósito de comprender más acerca de los factores que pueden influir en las actitudes, creencias y ansiedad del personal de salud ante la muerte. De este modo, el conocimiento de tales aspectos facilita una asistencia de mayor calidad por parte del personal de emergencias, permite un mejor manejo y cuidado de los familiares de los pacientes, aumenta el conocimiento de los elementos implicados en el comportamiento de los profesionales y su actitud ante la muerte, así como una mayor calidad en la relación de este colectivo con la muerte y los familiares de los pacientes. Asimismo, este estudio aporta a la investigación actual un mayor conocimiento en las actitudes ante la muerte en dos poblaciones diferenciadas: los profesionales de emergencias sanitarias, y la población general, cuya profesión se desarrolla en colectivos diferentes de la emergencia sanitaria. Este trabajo abre una línea de conocimiento en la investigación actual, desde la cual se estudian las actitudes en un colectivo concreto, generalmente el sanitario, pero no se establecen relaciones y se profundiza en ellas, comparando ambos grupos.

El estudio del grupo sanitario está formado por un colectivo de profesionales de emergencias en la ciudad de Madrid: los Técnicos en Emergencias Sanitarias, médicos y enfermeros de SAMUR-Protección Civil, con el objetivo de analizar las actitudes ante la muerte de los profesionales de emergencias y la población general no sanitaria, así como analizar cuál es el manejo que hacen dichos profesionales de los familiares presentes en las maniobras de reanimación cardiopulmonar, sus creencias sobre ello y su relación con la aceptación de la muerte de los familiares. En definitiva, esta investigación tiene como objetivos: en primer lugar, analizar las actitudes ante la muerte en dos grupos diferenciados: profesionales de emergencias (Técnicos en Emergencias Sanitarias de SAMUR-Protección Civil) y población general (no sanitaria) y estimar si existen diferencias entre ellos en lo referente a dichas actitudes; en segundo lugar, analizar cuál es el manejo que hacen los profesionales de emergencias (Técnicos en Emergencias Sanitarias de SAMUR-Protección Civil) de los familiares presentes en las maniobras de reanimación cardiopulmonar; en tercer lugar, analizar las creencias que tienen los profesionales de emergencias (Técnicos en Emergencias Sanitarias de SAMUR-Protección Civil) en relación a la presencia de familiares en las maniobras de reanimación cardiopulmonar y su relación en la aceptación de la muerte de su familiar. Por otro lado, en la población general, pretende analizar si existe una relación entre el hecho de presenciar la reanimación de otra persona o de un familiar y la actitud ante la muerte; el deseo de presenciar la reanimación de un familiar, el hecho de considerar como algo positivo presenciar la reanimación de un familiar, de cara a la aceptación de su muerte, si la presencia del psicólogo en el escenario de la reanimación ayuda a los familiares a aceptar la muerte y las actitudes ante la muerte de la población cuya profesión no está relacionada con el contexto de emergencias.

Por tanto, las principales hipótesis planteadas para esta investigación son las siguientes:

Debido al tipo de profesión y la posibilidad de estar frecuentemente en contacto con personas que fallecen de forma inesperada, a diferencia de la población general, los profesionales sanitarios de emergencias presentarán actitudes ante la muerte más favorables que el resto de la población, es decir, niveles menores de ansiedad y miedo ante la muerte.

Existirá una relación entre el manejo que hagan los profesionales sanitarios (Técnicos en Emergencias Sanitarias, DUES y médicos del Servicio) de los familiares presentes en las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y las actitudes ante la muerte de estos profesionales. Esperamos encontrar, por tanto, una relación directa entre actitudes ante la muerte favorables y conductas de manejo favorable de los familiares, tales como implicarles en la intervención o explicarles lo que están haciendo, y viceversa.

Existirán diferencias en las creencias del personal sanitario acerca de la presencia de familiares del paciente en las maniobras de reanimación y su relación en el proceso de aceptación de la muerte del familiar y las actitudes ante la muerte; habrá una relación entre las actitudes ante la muerte del personal sanitario y sus creencias acerca de la influencia de su profesión en esta percepción, dándose una visión favorable ante la muerte influida por su profesión.

En población general, esperamos encontrar diferencias entre el tipo de profesión (sanitaria y no sanitaria, pero no relacionada con las emergencias) dentro de este tipo de población y las actitudes ante la muerte. Esperamos encontrar una relación entre el hecho de haber presenciado la reanimación cardiopulmonar de otra persona y de un familiar, y las actitudes ante la muerte, viéndose afectadas las actitudes de forma positiva, al haber presenciado las maniobras antes. Por último, esperamos encontrar una relación entre el deseo de presenciar la reanimación de un familiar y las actitudes ante la muerte de la población; el hecho de concebir como positivo presenciar la reanimación de un familiar de cara a la aceptación de su muerte y las actitudes ante la muerte; y considerar la presencia de un psicólogo en el escenario de la reanimación como algo positivo que ayuda a los familiares en esa situación y sus actitudes ante la muerte.

## **Método**

### *Muestra*

La población del estudio estuvo formada por dos grupos: una muestra sanitaria, formada por Técnicos en Emergencias Sanitarias de SAMUR-Protección Civil: Técnicos auxiliares de transporte sanitario (TATS), médicos y enfermeros (DUEs) del Servicio, compuesta por 112 sujetos. Los criterios de selección para esta muestra fueron: ser mayor de 18 años y pertenecer a la plantilla de personal de Samur-Protección Civil como Técnicos en emergencias, médicos o enfermeros del servicio, el resto de profesionales del Servicio que no cumpliesen estos criterios, no fueron entrevistados. El segundo grupo estuvo formado por la muestra de población general, cuyo único criterio para la inclusión de los datos fue que fuesen mayores de 18 años de edad y no tuviesen una

profesión relacionada con las emergencias (las profesiones sanitarias en este grupo de población general, fueron analizadas como subgrupo aparte en los análisis pertinentes del grupo de población), compuesta por 152 sujetos. El tamaño de la muestra total fue de 264 sujetos.

### *Variables e instrumentos*

Llevamos a cabo un estudio compuesto por las siguientes variables. Una variable independiente: tipo de profesión (sanitaria -Técnicos en Emergencias Sanitarias, médicos y enfermeros (DUEs) del Servicio- y no sanitaria -población general-). Y las siguientes variables dependientes: actitud ante la muerte, manejo de los familiares llevado a cabo por el personal sanitario durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y creencias del personal sanitario acerca de la presencia de familiares en maniobras de reanimación y su relación en el proceso de duelo.

Variables sociodemográficas. La recogida de datos personales en variables sociodemográficas se hizo mediante preguntas elaboradas “ad hoc” para dicho instrumento, recogiendo los siguientes datos: profesión, edad y sexo para ambas poblaciones; para la población sanitaria: años de ejercicio profesional total, años de ejercicio profesional en emergencias y número aproximado de RCP realizadas; para la población general, se evaluó: si alguna vez ha presenciado a personal sanitario realizando maniobras de RCP y si alguna vez ha presenciado la reanimación de un familiar, preguntas que fueron elaboradas “ad hoc” para dicho instrumento.

Actitudes ante la muerte. La actitud ante la muerte se midió con la escala Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (1981) en su versión reducida, tomada de Collel, R. (2005), para todos los sujetos del estudio.

La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte original estaba compuesta por 30 ítems, pero para nuestra investigación utilizamos la selección de 12 ítems propuesta por Colell (2005), aplicada a 444 sujetos, un número lo suficientemente significativo como para considerar sus datos estadísticos suficientes para avalar y justificar su uso en nuestra investigación. La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM) se trata de un instrumento altamente fiable, pues a su análisis de consistencia interna le corresponde un coeficiente de Cronbach:  $\alpha=0,824$  (Schmidt, 2007).

A los sujetos se les pidió que valorasen del 1 al 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo en las afirmaciones de la escala, siendo 1 el *total desacuerdo* y 7 el *total acuerdo* con la afirmación expuesta.

Manejo de familiares durante las maniobras de reanimación. En la muestra sanitaria se evaluó el manejo que hacen los profesionales sanitarios de los familiares del paciente durante las maniobras de reanimación, las creencias acerca de la presencia de los familiares y su relación en la aceptación de la muerte del ser querido de los familiares presentes en la reanimación (ítems diseñados “ad hoc”).

Creencias acerca de la presencia familiar en rcp. En la muestra de población general se evaluaron, las creencias acerca del hecho de presenciar la reanimación cardiopulmonar de un familiar como algo positivo de cara a aceptar su muerte, el deseo de presenciar las maniobras de RCP de un familiar en caso de parada cardiorrespiratoria, y las creencias acerca de la presencia del psicólogo

como algo positivo durante las maniobras de RCP de un familiar, con ítems diseñador propiamente para esta tarea en dicho cuestionario.

El instrumento diseñado para la presente investigación, presenta una alta fiabilidad, pues cuenta con un Alfa de Cronbach de  $\alpha=0,913$  para el total de la muestra, siendo:  $\alpha=0,919$  para población general en Actitud ante la muerte,  $\alpha=0,914$  para población sanitaria en la misma variable y  $\alpha=0,821$  en el apartado de Creencias sobre manejo de familiares en población sanitaria, creado “ad hoc” para este trabajo.

### *Procedimiento*

Se evaluó a la muestra sanitaria con un cuestionario que fue enviado a toda la plantilla del Servicio en formato electrónico a través de internet, para que contestase el mayor número de sujetos posible. A la muestra no sanitaria, se envió el cuestionario de forma aleatoria al mayor número posible de personas (amigos, familiares, compañeros de clase, compañeros de trabajo...) en formato electrónico mediante internet, para que contestase el mayor número de sujetos posible. Se garantizó la confidencialidad de los datos así como el anonimato de las respuestas, bajo previo consentimiento informado de los participantes.

Ambos cuestionarios fueron diseñados con el programa Gandía Qüest y los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS Statistics v. 21.

En el análisis de datos se procedió a hacer análisis factorial, análisis de fiabilidad y análisis descriptivos de los datos, se pusieron a prueba los supuestos de normalidad y se llevaron a cabo los contrastes de hipótesis (Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov, en función de la N de las variables). A lo largo de todo el proceso de análisis de los datos, se utilizó la Prueba t para muestras independientes, con el objetivo de comparar las diferentes variables con la variable dependiente Actitud ante la muerte, diferentes ANOVAS (de un factor), sacando la prueba de homogeneidad de varianzas, y diferentes correlaciones, como r cuadrado (para la variable Actitud ante la muerte y otras variables del estudio). Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple y se sacaron gráficos de dispersión.

## **Resultados**

Tras analizar los datos sociodemográficos principales de la muestra, se procedió al análisis factorial de la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte, con el objetivo de conocer su estructura factorial. En el análisis paralelo (método de extracción de factores) se considera que existe un factor real cuando el autovalor que lo representa explica más de lo que se explicaría por puro azar. En este caso, vemos que a partir del tercer autovalor (autovalor = 1,04) explicaríamos menos que el azar (percentil = 1,24), por lo que diremos que nuestro test se compone por dos factores. Sin embargo, el segundo factor (autovalor = 1,67) se acerca de una manera clara en comparación con el primero (autovalor = 6,25) al autovalor obtenido por azar (percentiles: segundo autovalor = 1,33; primer autovalor = 1,45), por lo que utilizaremos otro criterio más para determinar si este es realmente

explicativo. Este criterio va a ser que la proporción de varianza explicada del segundo factor englobe más del 20%.

Dado que el autovalor correspondiente al factor 2 supera por poco el generado por azar, y que dicho factor explica menos del 20% de la varianza nos hemos decantado por utilizar una estructura unidimensional.

**Tabla 1.**

*Estadísticos de fiabilidad.*

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total de la Muestra	,913	12
Actitud ante la Muerte		
Población General	,919	12
Población Sanitaria	,914	12
Creencias Sobre Manejo de Familiares en Población Sanitaria	,821	9

El índice de fiabilidad “Alpha de Cronbach” se considera bueno a partir de 0,60 y muy bueno a partir de 0,80. Observando nuestros resultados podemos asegurar que el instrumento está dotado de una gran consistencia interna (Alpha = 0,913 en Actitudes ante la muerte para el Total de la Muestra).

**Tabla 2.**

*Variables categóricas.*

	Frecuencia	Porcentaje válido	
Población	Sanitario	112	42,4
	General	152	57,6
	Total	264	100,0
Edad	Menos de 30	71	46,7
	De 30 a 40	49	32,2
	De 41 a 50	13	8,6
	Más de 50	19	12,5
	Total	152	100,0
Sexo	Varón	66	43,4
	Mujer	86	56,6
	Total	152	100,0
Profesión (Población General)	Sanitaria	41	27,0
	No sanitaria	70	46,1
	Indefinido	41	27,0

	Total	152	100,0
Profesión (Población Sanitaria)	Médico	20	17,4
	DUE	27	23,5
	TATS	68	59,1
	Total	115	100,0
Pedir a familiares que salgan del escenario RCP	Médico	20	17,4
	DUE	27	23,5
	TATS	68	59,1
	Total	115	100,0
Si deciden quedarse	Le doy una tarea	10	23,8
	Explicar actuación	12	28,6
	No digo nada	11	26,2
	Espero a que el psicólogo se encargue	3	7,1
	Otra	6	14,3
	Total	42	100,0
	Sistema	73	
Perdidos Total	115		

**Tabla 3.**

**Variables cuantitativas.**

	Muestra Total	Población General	Población General		
			Deseo de presenciar RCP de familiar	Presenciar RCP me ayudará POSITIVAMENTE a aceptar su muerte	Presencia de Psicólogo durante RCP ayuda a familiares.
Media	55,2879	53,1447	4,4276	3,8816	5,3158
Mediana	57,0000	54,5000	4,0000	4,0000	6,0000
Desv. típ.	15,53215	16,27227	2,04778	2,01955	1,71252
Mínimo	12,00	12,00	1,00	1,00	1,00
Máximo	84,00	84,00	7,00	7,00	7,00

Cuando comprobamos el supuesto de normalidad, obtenemos que la significación para los grupos de población sanitaria y población general, siendo ambos el grupo 1 y el grupo 2

respectivamente, (G1:  $p=0,46$ ; G2:  $p=0,318$ ) asociada al estadístico de contraste (G1:  $Z=0,854$ ; G2:  $Z=0,958$ ) es mayor a 0,05, por lo que mantenemos la hipótesis nula de normalidad para ambos grupos en la variable TOTAL del test. Es decir, el grupo de población sanitaria y el de población general, se distribuyen normalmente.

Para población general, en la variable tipo de *profesión* (sanitaria, no sanitaria o indefinida), la significación asociada al estadístico de contraste (Kolmogorov-Smirnov) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los tipos de profesión en la variable Actitud ante la muerte. Es decir, en la variable *profesión* en población general, se distribuye normalmente, para profesión sanitaria ( $p=0,057$ ;  $K-S=0,135$ ;  $gl=41$ ), profesión no sanitaria ( $p=0,200$ ;  $K-S=0,075$ ;  $gl=70$ ) y profesión indefinida ( $p=0,100$ ;  $K-S=0,126$ ;  $gl=41$ ).

La significación asociada al estadístico de contraste (tanto Shapiro-Wilk para variables con N menor a 30, como Kolmogorov-Smirnov para variables con N mayor a 30) siempre es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los grupos de edad en la variable AM. Menos de 30 años ( $p=0,200$ ;  $K-S=0,084$ ;  $gl=71$ ); De 30 a 40 años ( $p=0,178$ ;  $K-S=0,111$ ;  $gl=49$ ); De 41 a 50 años ( $p=0,290$ ;  $S-W=0,925$ ;  $gl=13$ ); Más de 50 años ( $p=0,562$ ;  $S-W=0,959$ ;  $gl=19$ ). Por tanto, podemos decir que todos los grupos de edad de la muestra, siguen una distribución normal.

En la variable *sexo*, la significación asociada al estadístico de contraste (Kolmogorov-Smirnov) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los grupos de sexo en la variable AM. Varón ( $p=0,099$ ;  $K-S=0,100$ ;  $gl=66$ ); Mujer ( $p=0,200$ ;  $K-S=0,076$ ;  $gl=86$ ). Es decir, el grupo de hombres y el de mujeres, se distribuyen normalmente en la muestra.

En la variable *haber presenciado a personal sanitario realizando maniobras de rcp*, la significación asociada al estadístico de contraste (Kolmogorov-Smirnov) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los grupos de presencia de RCP en la variable AM. Presenciar rcp ( $p=0,050$ ;  $K-S=0,120$ ;  $gl=55$ ); No presenciar rcp ( $p=0,200$ ;  $K-S=0,050$ ;  $gl=95$ ). Es decir, la variable *haber presenciado a personal sanitario realizando maniobras de rcp*, también se distribuye normalmente.

En la variable *haber presenciado a personal sanitario realizando maniobras de rcp a un familiar*, la significación asociada al estadístico de contraste es mayor a 0,05 mediante la prueba de Shapiro-Wilk, por lo que se mantiene la hipótesis nula de normalidad para este grupo en la variable Actitud ante la muerte. Es decir, mediante esta prueba, podemos asumir una distribución normal para la variable *presenciar rcp de familiar* ( $p=0,069$ ;  $S-W=0,866$ ;  $gl=11$ ). Sin embargo, para el grupo que no ha presenciado la rcp de un familiar, vemos que mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov no se cumple el supuesto de normalidad, ya que la significación es menor de 0,05. Mediante esta prueba, no podríamos afirmar que *no presenciar la rcp de un familiar* se distribuye normalmente ( $p=0,032$ ;  $K-S=0,079$ ;  $gl=140$ ).



Para cerciorarnos de que no se cumple normalidad para este grupo en la variable *Actitud ante la muerte*, vamos a comprobar los estadísticos de asimetría y curtosis, los cuales deben encontrarse entre los valores  $-2 - 2$  y  $-4 - 4$ , respectivamente en la variable *no presenciar la reanimación de un familiar* (asimetría=-0,418; curtosis=-0,299). Como podemos observar, ambos se encuentran dentro del criterio de normalidad, por lo que asumimos la distribución de normalidad para este grupo en la variable dependiente *Actitud ante la muerte*.

Veamos, a continuación, el contraste de las hipótesis.

### **Población general y población sanitaria:**

Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en Actitudes ante la muerte, entre la población sanitaria y la población general.

En cuanto al supuesto de homogeneidad de varianzas, como podemos observar, se mantiene la hipótesis nula de igualdad ya que la significación ( $p=0,059$ ) asociada al estadístico de contraste ( $F=3,609$ ) es mayor de 0,05.

Finalmente, al comprobar la hipótesis de igualdad de medias, vemos que dichas medias son distintas en ambos grupos para la variable Total del test. La significación ( $p=0,009$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=2,641$ ) con 262 gl, en este caso, es menor a 0,05, por lo que rechazaremos la hipótesis nula de igualdad de medias entre población sanitaria y población general en la variable Total. Es decir, la media en actitudes ante la muerte es significativamente diferente entre la población general y la población sanitaria.

### **Población general:**

Hipótesis 2: En la población general, existirán diferencias significativas en las actitudes ante la muerte entre las personas con una profesión sanitaria y no sanitaria.

Dado que era ajeno a los fines de nuestra investigación, decidimos no incluir en nuestros resultados al grupo de profesión indefinida en población general, pues sólo nos interesaba estudiar las diferencias en actitudes ante la muerte en profesiones de tipo sanitario y profesiones no sanitarias.

Prueba de Homogeneidad de Varianzas: La significación ( $p=0,873$ ) asociada al estadístico de contraste ( $F=0,026$ ) es mayor de 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de que las varianzas son iguales para los distintos tipos de profesión en la variable actitud ante la muerte. Es decir, no hay diferencias significativas en actitudes ante la muerte, según la profesión (sanitaria o no sanitaria) de la población general.

Prueba t para muestras Independientes: La significación ( $p=0,314$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=1,013$ ) con 109 gl en este caso, es mayor a 0,05, por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias entre ambos grupos de profesión en la variable actitud ante la muerte. Esto

confirma los datos anteriormente mencionados, donde no se aprecian diferencias significativas en estos grupos.

Hipótesis 3: En la población general, habrá diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre las personas que hayan presenciado a personal sanitario realizando maniobras de reanimación y las que no lo han presenciado.

Prueba de Homogeneidad de Varianzas: La significación ( $p=0,935$ ) asociada al estadístico de contraste ( $F=0,007$ ) es mayor de 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de que las varianzas son iguales para la presencia de maniobras de RCP en la variable actitud ante la muerte. Según esta prueba, no habría diferencias significativas entre ambos grupos. Mediante la prueba t para muestras Independientes, vemos que la significación ( $p=0,005$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=2,881$ ) con 148 gl en este caso, es menor a 0,05, por lo que rechazaremos la hipótesis nula de igualdad de medias entre la presencia o no de maniobras de RCP en la variable actitud ante la muerte. Es decir, según esta prueba podemos afirmar que existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte de las personas que han presenciado las maniobras de reanimación y las que no.

Hipótesis 4: En la población general, habrá diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre las personas que hayan presenciado a personal sanitario realizando maniobras de reanimación a su familiar y las que no lo han presenciado.

Prueba de Homogeneidad de Varianzas: La significación ( $p=0,016$ ) asociada al estadístico de contraste ( $F=5,958$ ) es menor de 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que las varianzas son iguales para la presencia o no de maniobras de RCP en familiares en la variable actitud ante la muerte. Según esta prueba, podemos afirmar que existen diferencias significativas entre estos grupos. Según la prueba t para muestras Independientes, obtenemos que la significación ( $p=0,625$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=0,503$ ) con 10,587 gl es mayor a 0,05, por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias entre la presencia de maniobras o no de RCP en familiares en la variable actitud ante la muerte. Según esta prueba, no podríamos afirmar que existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte de las personas que han presenciado las maniobras de reanimación de un familiar y las que no.

Hipótesis 5: En población general, habrá diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre: las personas que, dada la situación, desearían presenciar la reanimación de su familiar y las que no; entre aquellos que perciben el hecho de presenciar la rcp de un familiar como algo positivo para aceptar su muerte y los que no opinan lo mismo; y entre aquellos que consideran la presencia del psicólogo como una ayuda a los familiares en las situaciones donde se realiza la rcp, y los que no.

Analizando la relación entre el deseo de presenciar la RCP de un familiar con las actitudes ante la muerte, vemos que la significación asociada al estadístico de contraste es menor a 0,01 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la relación entre el deseo de presenciar RCP y la Actitud ante

la muerte es igual a cero. Es decir, existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre las personas que querrían presenciar la rcp de un familiar y las que no querrían presenciarlo.

Analizando la variable presenciar RCP como algo positivo para la aceptación de la muerte, con Actitud ante la muerte, vemos que la significación asociada al estadístico de contraste es menor a 0,01 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la relación entre presenciar la RCP es positivo y la Actitud ante la muerte es igual a cero. Es decir, existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre las personas que conciben el hecho de presenciar la rcp de un familiar como algo positivo para aceptar su posterior muerte, y entre las que piensan que no es positivo presenciarlo.

Analizando la variable presencia del psicólogo en RCP ayuda a los familiares con Actitud ante la muerte, vemos que la significación asociada al estadístico de contraste es menor a 0,01 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la relación entre Presencia del psicólogo positiva en RCP y Actitud ante la muerte es igual a cero. Es decir, existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre las personas que perciben como positiva la presencia de un psicólogo en situaciones donde se realiza la rcp de un familiar, y entre los que no lo perciben así.

Una vez observado que existe correlación de las variables Deseo de presenciar RCP, presenciar RCP es positivo y la presencia del psicólogo en RCP con la variable dependiente Actitud ante la Muerte, vamos a intentar formular un modelo de regresión con el que trataremos de explicar la variable dependiente a partir del conjunto de estas tres variables.

### ***Modelo de Regresión Lineal Múltiple***

Mediante la r cuadrado vamos a interpretar qué proporción de varianza de nuestra variable dependiente estamos explicando a partir de las variables independientes. Siendo r cuadrado igual a 0,32 diremos que a través de las variables Deseo de presenciar RCP, Presenciar RCP positivo y Presencia del psicólogo positiva en RCP, estamos explicando el 32% de la varianza de Actitud ante la Muerte.

Comprobamos que el modelo explica la variable dependiente de manera significativa ( $p=0,000$ ;  $F=23,208$ ;  $gl=3$ ), por lo que diremos que se rechaza la hipótesis de no relación de las variables independientes con la variable dependiente. O lo que es lo mismo, el modelo es explicativo de manera significativa.

Deseo de Presenciar RCP de Familiar con Actitud ante la Muerte: La significación ( $p=0,008$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=2,686$ ) es menor de 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. O lo que es lo mismo, existe una relación significativa entre ambas variables.

RCP Positiva para el Duelo con Actitud ante la Muerte: La significación ( $p=0,034$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=2,144$ ) es menor de 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la

beta es igual a cero. O lo que es lo mismo, existe una relación significativa entre ambas variables.

Analizando la variable Presencia de psicólogo en rcp con Actitudes ante la Muerte, vemos que la significación ( $p=0,000$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=3,751$ ) es menor de 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. O lo que es lo mismo, existe una relación significativa entre ambas variables.

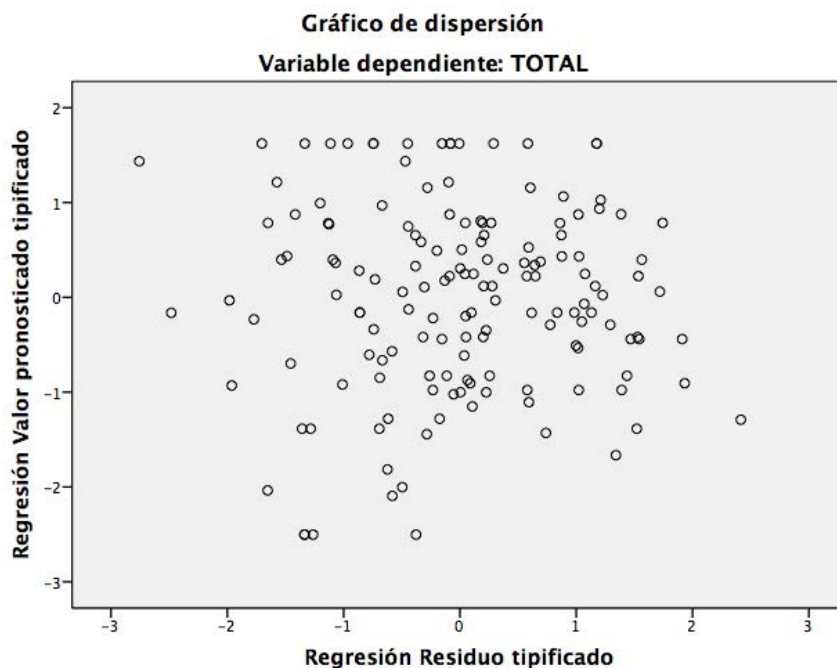
A continuación vamos a desarrollar la ecuación de regresión que hemos obtenido. A partir de ella podremos decir que explicamos el 32% de la varianza de Actitud ante la Muerte.

*Actitud ante la Muerte*

$$= \beta_0 + \beta_1 * \text{Deseo Presenciar RCP de Familiar} + \beta_2 * \text{RCP Positiva para el Duelo} + \beta_3 * \text{Presencia del Psicologo}$$

*Actitud ante la Muerte*

$$= 23,786 + 0,256 * \text{Deseo Presenciar RCP de Familiar} + 0,214 * \text{RCP Positiva para el Duelo} + 0,27 * \text{Presencia del Psicologo}$$



### **Población sanitaria:**

En la muestra sanitaria, hicimos los siguientes análisis:

Hipótesis 1: En la población sanitaria, existirán diferencias significativas en las actitudes ante la muerte entre técnicos en emergencias, médicos y enfermeros.

La significación asociada al estadístico de contraste (tanto Shapiro-Wilk para variables con N menor a 30, como Kolmogorov-Smirnov para variables con N mayor a 30) siempre es mayor a 0,05

por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los grupos de profesión en la variable AM. Médico ( $p=0,187$ ; S-W=0,934;  $gl=20$ ); DUE ( $p=0,493$ ; S-W=0,966;  $gl=27$ ); TATS ( $p=0,200$ ; K-S=0,076;  $gl=68$ ). Es decir, los tres grupos de profesión se distribuyen normalmente.

Comprobando el supuesto de Homogeneidad de Varianzas, vemos que la significación ( $p=0,020$ ) asociada al estadístico de contraste (Estadístico de Levene=4,034) con 2  $gl$  es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que las varianzas son iguales para los tipos de profesión sanitaria en la variable actitud ante la muerte. Es decir, según este supuesto, mantenemos que existan diferencias significativas en actitudes ante la muerte, según el tipo de profesión sanitaria en emergencias. Mediante pruebas robustas de igualdad de las medias, hacemos un contraste con el estadístico de Welch de un factor: la significación ( $p=0,128$ ) asociada al estadístico de contraste (Welch=2,168) con 2  $gl$  es mayor a 0,05, por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias en actitud ante la muerte en todos los tipos de profesión sanitaria. Es decir, con esta prueba, no podemos afirmar que existan diferencias significativas en actitudes ante la muerte, según el tipo de profesión sanitaria en emergencias.

Hipótesis 2: En población sanitaria, existirán diferencias en Actitudes ante la muerte y aquellos sanitarios que pidan a los familiares del paciente que abandonen el escenario de reanimación.

La significación asociada al estadístico de contraste (Kolmogorov-Smirnov) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los grupos de “Costumbre de pedir a los familiares que salgan en RCP” en la variable AM. Es decir, la muestra se distribuye normalmente para ambos grupos: los que piden a los familiares que salgan ( $p=0,057$ ; K-S=0,102;  $gl=73$ ), como los que no lo hacen ( $p=0,200$ ; K-S=0,083;  $gl=42$ ).

Mediante la Prueba de Homogeneidad de Varianzas, vemos que la significación ( $p=0,506$ ) asociada al estadístico de contraste ( $F=0,445$ ) es mayor de 0,05, por lo que mantenemos la hipótesis nula de que las varianzas son iguales para el hecho de que los sanitarios pidan o no que los familiares salgan del escenario de RCP en la variable actitud ante la muerte. Mediante la Prueba t para muestras Independientes, vemos que la significación ( $p=0,967$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=-0,041$ ) con 113  $gl$  es mayor a 0,05, por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias para el hecho de que los sanitarios pidan o no que los familiares salgan del escenario de RCP en la variable actitud ante la muerte.

Hipótesis 3: En población sanitaria, existirán diferencias en Actitudes ante la muerte entre los sanitarios que han un buen manejo de los familiares presentes en la reanimación de su ser querido (haciéndoles partícipes en la intervención) y los que no.

La significación asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk) siempre es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis de normalidad para todos los grupos de “Manejo de Familiares en RCP” en la variable Actitudes ante la muerte para os diferentes grupos: aquellos quienes les dan una

tarea ( $p=0,436$ ;  $S-W=0,929$ ;  $gl=10$ ), los que les explican lo que van haciendo, aunque no pregunten ( $p=0,861$ ;  $S-W=0,966$ ;  $gl=12$ ), los que no les dicen nada si no preguntan ( $p=0,311$ ;  $S-W=0,919$ ;  $gl=11$ ) y los que esperan a que el psicólogo se encargue de la familia ( $p=0,253$ ;  $S-W=0,855$ ;  $gl=3$ ).

Comprobando el supuesto de Homogeneidad de Varianzas, vemos que la significación ( $p=0,023$ ) asociada al estadístico de contraste (Estadístico de Levene=3,644) con 3 gl es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que las varianzas son iguales para el manejo de familiares durante la RCP en la variable actitud ante la muerte; es decir, existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte, según el manejo que hagan los sanitarios de los familiares en las situaciones de reanimación. Por otro lado, mediante el contraste del estadístico de Welch de un factor, obtuvimos que la significación ( $p=0,053$ ) asociada al estadístico de contraste (Welch=3,220) con 3 gl es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias en actitud ante la muerte en el manejo de familiares durante la RCP. Mediante este contraste, no podemos afirmar que existan diferencias significativas entre estos grupos.

Hipótesis 4: En población sanitaria, existirán diferencias en actitudes ante la muerte, entre aquellos que presenten: por un lado, creencias favorables a que los familiares presencien las maniobras de rcp y los que no lo perciban así; entre aquellos que perciban que su profesión les ha influido a la hora de percibir la muerte y los que no; y entre aquellos que perciban una influencia *positiva* de su profesión en la concepción del proceso de morir y los que no lo vean de este modo.

Para facilitar los cálculos y analizar las diferentes variables, procedimos a hacer análisis de correlaciones entre la variable dependiente Actitud ante la muerte y:

Años de ejercicio profesional: La significación asociada al estadístico de contraste ( $r = 0,126$ ) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de que la relación entre las variables es igual a cero.

Rcp realizadas: la significación asociada al estadístico de contraste es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de que la relación entre las variables es igual a cero.

Creencias favorables de los sanitarios acerca de que los familiares presencien las maniobras de rcp: la significación asociada al estadístico de contraste es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la relación entre las variables es igual a cero.

Creencias acerca de una influencia *positiva* de la profesión en su concepción del proceso de morir: la significación asociada al estadístico de contraste es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la relación entre las variables es igual a cero.

A partir de las correlaciones de Pearson decidimos con qué variables vamos a contar a la hora de realizar un modelo de regresión para explicar la variable dependiente. Estas serán en nuestro caso todas aquellas que hayan salido significativas con una confianza del 95% (Creencias sobre el manejo

de familiares en rcp, Influencia *positiva* de la profesión en el proceso morir).

Mediante  $r$  cuadrado vamos a interpretar qué proporción de varianza de nuestra variable dependiente estamos explicando a partir de las variables independientes. Siendo  $r$  cuadrado igual a 0,435 diremos que a través de las variables Influencia *positiva* de la profesión en la percepción del proceso morir y Creencias sobre Manejo de Familiares, estamos explicando el 43,5% de la varianza de Actitud ante la Muerte.

Mediante un ANOVA, comprobamos que el modelo explica la variable dependiente de manera significativa ( $p=0,000$ ;  $F=43,163$ ;  $gl=2$ ), por lo que afirmamos que se rechaza la hipótesis de no relación de las variables independientes con la variable dependiente. O lo que es lo mismo, el modelo es explicativo de manera significativa.

Vemos que, en la variable Influencia *positiva* de la profesión en la percepción del proceso morir con la variable dependiente Actitud ante la Muerte, la significación ( $p=0,000$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=7,572$ ) es menor de 0,05, por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. O lo que es lo mismo, existe una relación significativa entre ambas variables.

En la variable Creencias sobre el Manejo de Familiares durante la rcp, obtenemos que la significación ( $p=0,004$ ) asociada al estadístico de contraste ( $t=2,930$ ) es menor de 0,05, por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. O lo que es lo mismo, existe una relación significativa entre ambas variables.

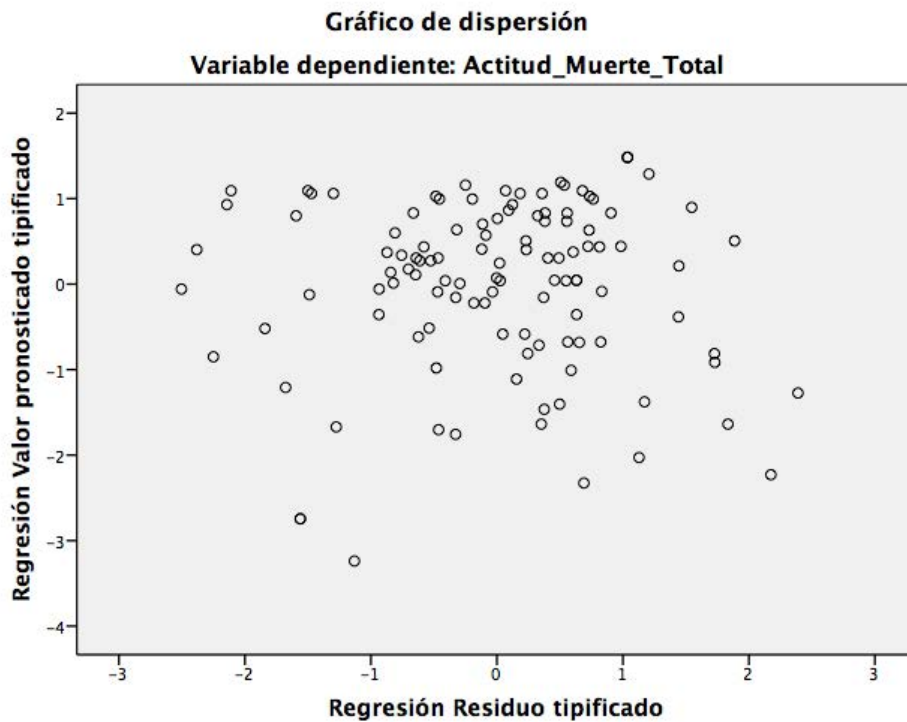
A continuación vamos a desarrollar la ecuación de regresión que hemos obtenido.

*Actitud ante la Muerte*

$$= \beta_0 + \beta_1 * \text{Influencia POSITIVA profesión en proceso de morir} + \beta_2 * \text{Creencias sobre Manejo de Familiares}$$

*Actitud ante la Muerte*

$$= 17,117 + 0,562 * \text{Influencia POSITIVA profesión en proceso de morir} + 0,218 * \text{Creencia sobre Manejo de Familiares}$$



## Discusión

Tal como comentamos al principio de este trabajo, debido al tipo de profesión y la posibilidad de estar frecuentemente en contacto con personas que fallecen de forma inesperada, nos planteamos como primera hipótesis la existencia de diferencias en actitudes ante la muerte, entre los profesionales de emergencias y el resto de la población, dado el contacto habitual de dichos profesionales con este tipo de situaciones.

En nuestro estudio, encontramos que la media en actitudes ante la muerte en población sanitaria es mayor ( $\mu=5,05$ ) de manera significativa a las actitudes ante la muerte en población general. Se cumple la hipótesis fundamental de nuestra investigación, desde la cual pretendíamos encontrar diferencias significativas en actitudes ante la muerte en profesionales de emergencias y el resto de la población. Collel, Limonero y Otero (2003), y Gómez Sancho (2005), sugerían que la ansiedad que se genera en el personal de salud ante la muerte de un paciente está dada por la confrontación con su propia muerte; estos autores sugerían que el personal sanitario cambia sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal (Fonnegra, 1992) y que es el personal médico el que ha presentado más miedo ante la muerte en comparación con los propios pacientes, lo que supondría evidencia en contra de los datos aquí presentes.

Respecto a la población general, nos planteamos la siguientes hipótesis:

En primer lugar, esperábamos encontrar una relación entre el tipo de profesión y las actitudes ante la muerte. No se encontraron diferencias significativas en el tipo de profesión (sanitaria o no



sanitaria) de la población general y las actitudes ante la muerte. Es decir, no tenemos evidencias suficientes para afirmar que las actitudes ante la muerte estén influenciadas por una profesión de tipo sanitario (en población general), pero sí por una profesión sanitaria en emergencias; es el ámbito de la intervención en emergencias, lo que marca la diferencia en actitudes ante la muerte, en cambio, una profesión sanitaria que no se desarrolle en contexto de emergencias, no se relaciona con diferencias en actitudes ante la muerte. Esto tiene que ver con lo que acabamos de mencionar: es el personal médico el que ha presentado más miedo ante la muerte en comparación con los propios pacientes (Fonnegra, 1992). En relación a los datos de nuestra primera hipótesis, podemos afirmar que, no sería el tipo de profesión (sanitaria versus no sanitaria) en población general lo que influenciaría en las actitudes ante la muerte, sino tener una profesión sanitaria en el contexto de las emergencias, lo que sí parece tener una influencia sobre las actitudes ante la muerte.

En segundo lugar, esperábamos encontrar una relación entre presenciar rcp y actitudes ante la Muerte y entre presenciar la RCP de un familiar y actitudes ante la Muerte. Se encontró que presenciar la reanimación cardiopulmonar de una persona, no tiene relación con las actitudes ante la muerte, sea esta persona un familiar o no. Es decir, presenciar la reanimación de un familiar no está relacionado con tener determinadas actitudes ante la muerte.

Algunos profesionales de enfermería consideran que la presencia del familiar durante las maniobras de reanimación incrementa la comprensión de la situación, favorece la toma de decisiones acerca de la reanimación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo (MacClean, Guzetta, White, Fontaine, Eichborn et. al., 2003; Ellison, 2003; y Kidby, 2003), pero no hemos encontrado datos claros en nuestra investigación que avalen nuestra hipótesis. Podemos concluir que es la costumbre de realizar rcps lo que afecta a las actitudes ante la muerte (como le sucede al personal sanitario de emergencias), pero no es significativo presenciar la reanimación de una persona ni de un familiar.

Por último, esperábamos encontrar una relación entre el deseo por parte de los familiares de presenciar RCP de su ser querido y las actitudes ante la Muerte. Vimos que existe una relación significativa entre las actitudes ante la muerte y el deseo de presenciar la reanimación de un familiar, la creencia de que presenciar la rcp de su familiar le ayudará a aceptar mejor su muerte (tendrá una relación positiva en el duelo) y el hecho de ver como positiva la presencia del psicólogo durante las maniobras de rcp. Esto se vería explicado por lo que comentan algunos profesionales sanitarios, los cuales valoran la presencia del familiar durante las maniobras de reanimación como una oportunidad para proporcionar apoyo emocional, espiritual y orientación a los familiares de los pacientes, lo que incrementa la comprensión de la situación, favorece la toma de decisiones acerca de la reanimación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo (MacClean, Guzetta, White, Fontaine, Eichborn et. al., 2003; Ellison, 2003; y Kidby, 2003).

Estas tres variables analizadas explican en un 32% las actitudes ante la muerte de una persona en población general, siendo la creencia de que el psicólogo esté presente durante las maniobras de rcp como algo positivo la variable que más influye, seguido del deseo de poder estar presente durante la rcp de un familiar y terminando con la creencia de que presenciar la rcp de su familiar, será positivo para aceptar su muerte. De este modo, concluimos que se podrían explicar las actitudes ante la muerte de una persona a partir de: en primer lugar, la consideración de que la presencia del psicólogo durante las maniobras de reanimación es algo positivo; en segundo lugar, su deseo de poder estar presente durante la rcp de su familiar; y, en tercer lugar, a partir de su creencia acerca de estar presente durante la rcp de su familiar.

En población sanitaria, nos planteamos las siguientes hipótesis:

Esperábamos encontrar una relación entre el tipo de profesión sanitaria y las actitudes ante la muerte. Encontramos que, tanto para los técnicos en emergencias sanitarias, como para los enfermeros y para los médicos, no existen diferencias significativas en actitudes ante la muerte. Podemos concluir entonces, que para todos los tipos de profesión sanitaria dentro del contexto de emergencias, no hay diferencias significativas en actitudes ante la muerte, a pesar de lo que comentábamos anteriormente: es el personal médico el que ha presentado más miedo ante la muerte en comparación con los propios pacientes (Collel, Limonero y Otero, 2003; Gómez Sancho, 2005). Nuevamente, parece que es el hecho de trabajar en el contexto de emergencias lo que marca la diferencia en actitudes ante la muerte, pero una vez dentro de este contexto, los diferentes profesionales (TATS, DUES y médicos), cada uno desde su labor, todos se enfrentan a situaciones similares, lo que podría explicar que no existan diferencias significativas en el tipo de profesión de la población sanitaria de emergencias.

Por otro lado, esperábamos encontrar una relación entre el hecho de pedir a familiares que salgan del escenario de RCP y las actitudes ante la Muerte. No se encontraron diferencias significativas en actitudes ante la muerte entre los sanitarios que, durante las maniobras de rcp, piden a los familiares del paciente que salgan del escenario de la reanimación, y entre los que les dejan permanecer allí. Es decir, no parece que las actitudes ante la muerte tengan relación con que el profesional sanitario deje a los familiares estar presentes en el escenario de la reanimación o no. Como decían los autores anteriormente citados, los profesionales de enfermería sienten que la presencia del familiar brinda la oportunidad de proveer conocimientos y explicaciones a los parientes sobre los procedimientos realizados, y además le permite al familiar observar la rapidez con que se asiste la situación, entender la magnitud de la misma y garantizar la aplicación de todas las opciones terapéuticas favoreciendo el cumplimiento de las expectativas de la familias del manejo dado al paciente, y sobre todo reafirmando que la presencia familiar “es un derecho y no una opción” (Achury y Achury, 2010). En este sentido, no hemos encontrado diferencias significativas que expliquen estas indicaciones.

Además, esperábamos ver una relación significativa entre el manejo de los familiares que hacen los profesionales de emergencias durante las maniobras de RCP y las actitudes ante la Muerte. En el caso de los profesionales de emergencias que dejan a los familiares presenciar la rcp de su ser querido, encontramos que no hay una relación entre las actitudes ante la muerte de los profesionales y el manejo que hagan de los familiares en el escenario de la reanimación. Podemos concluir, por tanto, que las actitudes ante la muerte del profesional de emergencias son independientes del manejo que hagan de los familiares durante la rcp.

Por último, esperábamos encontrar relaciones significativas entre: las creencias sobre la presencia de los familiares en RCP y las actitudes ante la Muerte; las creencias sobre la influencia de la profesión y las actitudes ante la Muerte; las creencia sobre una influencia positiva de la profesión y las actitudes ante la Muerte. Se piensa que las creencias de los profesionales sobre el manejo de los familiares y el duelo (creer o no que los familiares presencien la rcp será positivo para el duelo de su ser querido) y las creencias de estos acerca de una influencia positiva de su profesión en su percepción en el proceso de morir, van a predecir actitudes ante la muerte de profesionales sanitarios en emergencias.

Estas dos variables explican en un 44% las actitudes ante la muerte, o lo que es lo mismo, tanto la creencia de que su profesión afecta a su percepción sobre la muerte, como la creencia de la influencia del manejo de familiares durante rcp en el duelo, predicen las actitudes ante la muerte que tendrá un profesional de emergencias, siendo la primera (influencia positiva de su profesión en su percepción del proceso de morir) la que más explica, y la segunda (creencia de manejo de familiares en rcp y duelo) la que menos.

A pesar de los miedos manifestados habitualmente por los profesionales de la salud acerca de la posibilidad de interferencia de los familiares en la intervención, en la literatura no se encontraron alteraciones en las prácticas del equipo de salud, ni eventos adversos durante la presencia de los familiares; según estos autores (Achury y Achury, 2010), la presencia familiar durante las maniobras de reanimación se asoció a una disminución de los sentimientos de ansiedad y miedo y muchos de los familiares que habían presenciado la reanimación manifestaron que repetirían la experiencia (Achury y Achury, 2010). Ellison (2003) encontró relaciones significativas entre una mayor formación de los profesionales de enfermería, la participación en organizaciones profesionales, su experiencia como pacientes o con familiares cercanos y las actitudes positivas hacia la presencia de la familia durante la realización de las maniobras de reanimación; de forma similar, Twibell (2008) encontró que los profesionales de enfermería que permitían la presencia de los familiares, percibían de esta práctica una mayor cantidad de efectos benéficos en comparación con los riesgos.

Por último, y aunque no eran os objetivos principales de esta investigación, se estudiaron algunos otros aspectos. Por un lado, en población general, se estudió la relación entre la edad y las actitudes ante la muerte; por otro lado, el hecho de ser hombre o mujer y las actitudes ante la muerte.

Se analizaron las correlaciones entre estas variables y no se obtuvieron datos significativos, por lo que no podemos concluir que exista una relación entre la edad y las actitudes ante la muerte, o entre ser varón o mujer y las actitudes ante la muerte.

Además, se estudió, por un lado, la relación entre los años de ejercicio profesional en emergencias y la actitud ante la muerte, y por otro, la relación entre el número de rcps realizadas y las actitudes ante la muerte, pero no se encontraron resultados significativos.

Es necesario señalar algunas de las limitaciones de esta investigación. Consideramos que hubiese sido importante incluir un apartado que recogiese la posibilidad de haber sufrido un fallecimiento de alguien cercano en los últimos tiempos (*¿has vivido la muerte de una persona cercana recientemente?*), pues esto podría afectar de forma considerable en las actitudes ante la muerte. Sería necesario realizar algunos cambios en la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte, modificando algunos ítems enrevesados: los ítem 1 y 2 han generado confusión en un gran número de los sujetos entrevistados: *“Estoy preparado para afrontar mi proceso de morir”* y *“Estoy preparado para afrontar mi muerte”*, consideramos que estos ítems no son claros ni se diferencian bien entre sí. Asimismo, estimamos que el uso de la palabra “moribundo” es anticuado y poco claro, habría sido necesario el empleo de otra palabra. Nuestra mayor limitación a la hora de poder llevar a cabo tales modificaciones, ha sido la dificultad para modificar un cuestionario original y no poder comparar nuestros resultados con los obtenidos con dicho cuestionario, si lo hubiésemos modificado. Para investigaciones futuras, sería interesante la modificación de este cuestionario, incluyendo los aspectos mencionados.

Los resultados obtenidos con nuestra investigación son de gran importancia, pues se pone de manifiesto la importancia de la influencia de la profesión en las actitudes ante la muerte, en concreto una profesión sanitaria exclusivamente en el terreno de las emergencias. Esto supone una novedad importante, pues la mayoría de las investigaciones realizadas hasta ahora, se llevaban a cabo en el ámbito hospitalario, pero nuestra investigación está centrada únicamente en el ámbito extrahospitalario, campo del cual queda mucho por explorar, y esta investigación supone un buen punto de partida y de referencia para investigaciones posteriores.

Creemos importante destacar, en la línea del tipo de profesión y las actitudes ante la muerte, no sólo una profesión sanitaria del terreno de emergencias, como hemos evidenciado con nuestra investigación, sino trazar líneas futuras de investigación dirigidas a estudiar otros colectivos profesionales relacionados con la muerte, como son los profesionales de tanatorios, funerarios y enterradores. Hemos obtenido un número interesante de sujetos con profesión funeraria, pero no lo suficientemente grande como para tener diferencias estadísticas significativas, además del hecho de que esto escapaba a nuestros objetivos de investigación. Consideramos necesario el trabajo que queda pendiente por realizar en este ámbito tan amplio e interesante como es el de la implicación de la profesión en las actitudes ante la muerte.

## Referencias

- Achury, D. y Achury, L. (2010). Presencia de la familia en la reanimación cerebrocardiopulmonar, *Enfermería en Cardiología*, (50), 52-57.
- Aries, P. (2000). *Historia de la muerte en occidente*. Barcelona: El Acantilado.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos, *Psicooncología*, 11, (1), 101- 115.
- Badir A. y Sepit D. (2007). Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 83-92.
- Barreto P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Rev Psicol Gen Apl.*, 2, 201-208.
- Benítez M. y Asensio A. (2002). Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención Primaria*, 1, 50-2.
- Bernat R. (2008). Necesidades de la familia, revisión bibliográfica. *Nursing*, 26, (9), 60-63.
- Boudreaux E., Francis J., y Loyacano T. (2002). Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review a suggestions for future research. *Ann Emerg Med*, 40, 193-205.
- Brockopp D., King D., y Hamilton J. (1991). The dying patient: A comparative study of nurse caregiver characteristics. *Death Stud*, 15, 245-58.
- Centeno C. (1999). Principios de medicina paliativa. *Manual de oncología clínica*. Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- Collel R., Limonero J. y Otero M. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, 0.
- Collel, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Tesis Doctoral, Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació, Universitat Autònoma de Barcelona. Descargado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf;jsessionid=E57077B4205E6869E7A44640EF948CE5.tdx1?sequence=1>
- Davidson J. (2009). Family centered care. Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Crit Care Nurse*, 29, (3), 28-34.

- Delgado M. (1994). *Cambios recientes en el proceso de formación de la familia*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Reis, 123–153
- Eichhorn D., Meyers T., Mitchell T., Guzzeta C., y Cathie E. (1996). Opening the doors: family presence during resuscitation. *J Cardio Nurs*, 10, 59-70.
- Ellison S. (2003). Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of Emergency Nursing*, 29, (6), 515-521.
- Fonnegra I. (1992). *La muerte, el morir y el deudo desde diferentes perspectivas*. Folleto de la fundación Omega.
- Gala J., Lupiani M., Raja, R., Guillén C., González Infante J., Villaverde M., Alba I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- García, T., López, M., Quintana, M. y Sánchez, M. (s.f.). Actuación de enfermería ante la muerte en urgencias, *Psicooncología*, 13, (2), 152-173.
- Gómez Sancho M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Arán Ediciones.
- Grau J., Llantá M., Massip C., Chacón M., Reyes C., Infante O., et al. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4, 27-58.
- Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. The American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 2000, 102 (8 suppl):1-374.
- Kidby J. (2003). Family witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Nursing Standard*, 17 (51), 33–36.
- Lara K., Ruiz N., Balcázar P. (2009). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científica Electrónica de Psicología ICSA-UAEH*, 8, 83-106.
- Limonero, J. (1994). *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Tesis Doctoral, Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona.
- MacClean S., Guzzetta C., White C., Fontaine D., Eichhorn D., et al. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 29, (3), 208–221.
- Malishev M. (2003). El sentido de la muerte. *Ciencia Ergo Sum.*, 10, 51-58.

- Mok E., Lee W., Wong F. (2002). The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Educ Today*, 22, 319-29.
- Offord R. (1998). Should relatives of patients with cardiac arrest be invited to be present during cardiopulmonary resuscitation. *Intensive Crit Care Nurs*, 14, 288-93.
- Ortega C, López F. Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clin. Salud* 2005;16:143-60.
- Pichardo G. y Diner K. (2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde enfermería. *Anales Médicos*, 55, 161-6.
- Redley B., Botti M. y Duke M. (2004). Family member presence during resuscitation in the emergency department: An Australian perspective. *Emergency Medicine Australasia*, 16, 295-308.
- Rodríguez, M.; Azañón, R.; Rodríguez, M.; Rodríguez, N.; Torres, A.; Palma, J. (2006). *Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalaria EPES 061 del S.P. de Granada*. Tempus Vitalis, Revista Electrónica Internacional de Cuidados. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3727639>
- Santana K., Kimura M. y Azevedo K. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital pública y privado. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15, 1.
- Schmidt, 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, Departamento de Enfermería, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. Descargado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1563/1/16729341.pdf>
- Stevens S., Cooper P. y Thomas L. (1980). Age norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Reports*, 46, 205-6.
- Templer, D. (1970). The Construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*, 82, 165-77.
- Tomas-Sábado J., y Gómez J.(2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev. Psicol Gen Apl.*, 55, 257-79.
- Torres L., y Morales J. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Tempus Vitalis. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*, 4, 1, 18-25.

Vitello-Cicciu J. (2002). Exploring emotional intelligence. Implications for nursing leaders. *J Nurs Adm.*, 32, 203-10.

Widder J. y Glawischning-Goschnik M. (2002). The concept of disease in palliative medicine. *Med Health Care Philos*, 5, 191-197.

Wong F., Lee W. y Mok E. E(2001). Educating nurses to care for the dying in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24, 112-21.



## ANEXOS

### *Cuestionario Población General*

**Estimado amigo/a:**

**Solicitamos tu colaboración en un estudio sobre opiniones ante la muerte. Para ello te pedimos que respondas al siguiente cuestionario.**

**El cuestionario es totalmente ANÓNIMO, los datos proporcionados serán destinados para uso exclusivo de esta investigación. No existen respuestas correctas o incorrectas, por ello te rogamos la mayor SINCERIDAD posible. Para participar, marca la siguiente casilla:**

**Doy mi consentimiento informado para participar voluntariamente en este estudio.**

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

### **INSTRUCCIONES**

- Para un buen funcionamiento del cuestionario, se recomienda utilizar un navegador actualizado.
- La mayoría de las preguntas pasan a la siguiente automáticamente tras responderlas; en las que no sea así, pulsa "Enter" o el botón "Siguiente" para pasar de pregunta.
- Si te has equivocado o deseas cambiar tu respuesta, podrás volver a una pregunta anterior con "Escape" o pulsando el botón "Anterior". El programa permitirá el cambio de opción de respuesta pero no dejarla sin contestar.
- En caso de que dejes la ventana del cuestionario abierta pero sin actividad durante más de 15 minutos, se desconectará automáticamente. Podrás retomar la entrevista en el punto en el que lo dejaste, utilizando el mismo enlace de acceso que recibiste.

---

#### **1. Profesión:**

.....

#### **2. Edad:**

Menos de 30    De 30 a 40                      De 41 a 50                      Más de 50

#### **3. Sexo:**

Varón                      Mujer

#### **4. ¿Alguna vez has presenciado a personal sanitario realizando maniobras de reanimación cardiopulmonar?**

Sí

No

No sabe / no contesta

**5. ¿Alguna vez has presenciado la reanimación cardiopulmonar de un familiar por personal sanitario?**

Sí

No

No sabe / no contesta

**6. Valora, en una escala del 1 al 7, tu nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones:**

1      2      3      4      5      6      7

*Totalmente*

*Neutral*

*Totalmente*

*en desacuerdo*

*de acuerdo*

1. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento preparado para afrontar mi muerte.	1	2	3	4	5	6	7
3. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
4. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
9. Puedo pasar tiempo con un moribundo si es necesario.	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y al proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me puedo comunicar con un enfermo moribundo.	1	2	3	4	5	6	7

**7. Por último, valora en una escala del 1 al 7 tu nivel de acuerdo con la siguiente afirmación:**

1      2      3      4      5      6      7

*Totalmente*

*Neutral*

*Totalmente*

*en desacuerdo*

*de acuerdo*

1. En caso de parada cardiorrespiratoria de un familiar, me gustaría que me presenciara las maniobras de reanimación.	1	2	3	4	5	6	7
2. Presenciar las maniobras de reanimación de un familiar, me ayudará POSITIVAMENTE a aceptar su muerte.	1	2	3	4	5	6	7
3. La presencia del psicólogo durante las maniobras de reanimación, ayuda a los familiares presentes en esa situación.	1	2	3	4	5	6	7

Si quieres añadir alguna observación o comentario, puedes hacerlo a continuación:

Pulsa el botón “siguiente” para finalizar la entrevista.

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

**Estimado compañero/a:**

**Solicitamos tu colaboración en un estudio para conocer las opiniones de los profesionales de Emergencias ante la muerte y sobre la presencia de familiares en las maniobras de reanimación cardiopulmonar en vía pública/local/domicilio. Para ello te pedimos que respondas al siguiente cuestionario.**

**El cuestionario es totalmente ANÓNIMO, los datos proporcionados serán destinados para uso exclusivo de esta investigación. No existen respuestas correctas o incorrectas, por ello te rogamos la mayor SINCERIDAD posible. Para participar, marca la siguiente casilla:**

**Doy mi consentimiento informado para participar voluntariamente en este estudio.**

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

## **INSTRUCCIONES**

- Para un buen funcionamiento del cuestionario, se recomienda utilizar un navegador actualizado.
- La mayoría de las preguntas pasan a la siguiente automáticamente tras responderlas; en las que no sea así, pulsa "Enter" o el botón "Siguiente" para pasar de pregunta.
- Si te has equivocado o deseas cambiar tu respuesta, podrás volver a una pregunta anterior con "Escape" o pulsando el botón "Anterior". El programa permitirá el cambio de opción de respuesta pero no dejarla sin contestar.
- En caso de que dejes la ventana del cuestionario abierta pero sin actividad durante más de 15 minutos, se desconectará automáticamente. Podrás retomar la entrevista en el punto en el que lo dejaste, utilizando el mismo enlace de acceso que recibiste.

---

### **1. Institución u organización en la que trabajas:**

.....

### **1. Profesión:**

Médico                      DUE                      TATS

### **2. Edad:**

Menos de 30    De 30 a 40                      De 41 a 50                      Más de 50

**3. Sexo:**

Varón

Mujer

**4. Años de ejercicio profesional total:**

Menos de 5

De 5 a 10

De 11 a 15

Más de 15

**5. Años de ejercicio profesional en Emergencias:**

Menos de 2

De 2 a 4

De 4 a 6

Más de 6

**6. ¿Cuántas RCP has realizado? (Cálculo aproximado por meses y años en Emergencias)**

Menos de 50

De 50 a 100

Más de 100

**7. ¿Tienes la costumbre establecida de pedir a los familiares que salgan del escenario de la reanimación?**

Sí.

No.

**8. *CONTESTAR SÓLO SI LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA 7 HA SIDO NO.* Si no les dices que salgan del escenario de la reanimación:**

**A) ¿Cuál es la conducta de los familiares?**

Se retiran por voluntad propia.

Se retiran porque otras personas se lo indican.

Se quedan presenciando RCP por voluntad propia.

Se quedan presenciando RCP porque se les indica.

**B) Si algún familiar decide quedarse, ¿qué haces tú?**

Le doy una tarea (ej.: sujetar suero...) para que sientan que están colaborando.

Les explico lo que vamos haciendo aunque no pregunten.

No les digo nada si no preguntan.

Espero a que el psicólogo se encargue de la familia.

Otra.

**9. *CONTESTAR SÓLO SI LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA 7 HA SIDO SÍ.* Si les dices que es mejor que salgan del escenario de la reanimación:**

**A) ¿Cuántos familiares te han dicho que preferían quedarse?**

La mayoría.

Alguno (entre 1 y 5).

Ninguno.

**B) Si algún familiar decide quedarse, ¿qué haces tú?**

Insisto en que deben salir del escenario de reanimación.

Les doy una tarea (ej.: sujetar suero...) para que sientan que están colaborando.

Les explico lo que vamos haciendo aunque no pregunten.

No les digo nada si no preguntan.

Espero a que el psicólogo se encargue de la familia.

Otra.

**10. ¿Qué miembro del equipo crees que debe decidir si la familia puede quedarse o no?**

Médico.

Psicólogo.

DUE.

Técnico.

Indistinto.

**11. ¿Qué miembro del equipo lo decide en realidad?**

Médico.

Psicólogo.

DUE.

Técnico.

Indistinto.

Se ha decidido antes de llegar.

**12. Cuando empezaste a trabajar, ¿lo normal era desalojar a los familiares del escenario de la reanimación?**

Sí.

No.

No sabe / no contesta.

**13. Valora, en una escala del 1 al 7, tu nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones:**

1      2      3      4      5      6      7

---

*Totalmente*

*Neutral*

*Totalmente*

*en desacuerdo*

*de acuerdo*

1. Se debe brindar la oportunidad de estar presentes a los familiares en la reanimación de su ser querido si la situación lo permite.	1	2	3	4	5	6	7
2. La maniobra de RCP es una situación en la que el Equipo necesita tranquilidad y la familia representa un obstáculo.	1	2	3	4	5	6	7
3. La presencia de los familiares en el escenario de la reanimación, normalmente, dificulta nuestro trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Los familiares, normalmente, están dispuestos a colaborar.	1	2	3	4	5	6	7
5. Es positivo para los familiares estar presentes en la reanimación de su familiar porque les ayuda a sentirse útiles.	1	2	3	4	5	6	7
6. Que la familia presencie los esfuerzos sanitarios por reanimar a su ser querido, ayuda a la familia a aceptar mejor su muerte.	1	2	3	4	5	6	7
7. La presencia del psicólogo durante las maniobras de reanimación, ayuda a los familiares presentes en esa situación.	1	2	3	4	5	6	7
8. En el caso de reanimación de un familiar mío, yo preferiría quedarme en el escenario.	1	2	3	4	5	6	7
9. Permitir a los familiares que se queden en el escenario de la reanimación, reducirá el número de posibles reclamaciones al Servicio en el futuro.	1	2	3	4	5	6	7

**14. Valora, en una escala del 1 al 7, tu nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones:**

1      2      3      4      5      6      7

\_\_\_\_\_

*Totalmente*

*Neutral*

*Totalmente*

*en desacuerdo*

*de acuerdo*

1. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento preparado para afrontar mi muerte.	1	2	3	4	5	6	7
3. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
4. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

5. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
9. Puedo pasar tiempo con un moribundo si es necesario.	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y al proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me puedo comunicar con un enfermo moribundo.	1	2	3	4	5	6	7

**15. Por último, valora en una escala del 1 al 7 tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:**

1      2      3      4      5      6      7

\_\_\_\_\_

*Totalmente                      Neutral                      Totalmente*

*en desacuerdo    de acuerdo*

1. Creo que mi trabajo me ha influido a la hora de percibir el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Creo que mi trabajo me ha influido POSITIVAMENTE a la hora de percibir el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7

Si quieres añadir alguna observación o comentario, puedes hacerlo a continuación:

Pulsa el botón “siguiente” para finalizar la entrevista.

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**