

TFG Borrego López, María

por María Borrego López

ARCHIVO	17432_MARÍA_BORREGO_LÓPEZ_TFG_BORREGO_LÓPEZ__MARÍA_969036_114560002.PDF (1.02M)	
HORA DE LA ENTREGA	25-ABR-2017 11:40P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS9820
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA804813969	SUMA DE CARACTERES 54891



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Afrontamiento de la muerte
en estudiantes de enfermería, cobertura de
las necesidades educativas***

Alumno: María Borrego López

Director: Julio César de la Torre Montero

Madrid, abril de 2017

Índice

Resumen	4
Abstract.....	5
Presentación	6
Estado de la cuestión.....	7
Fundamentación.....	7
1. Cronograma	7
2. La muerte	7
2.1. Historia de la muerte	7
2.2 Qué es la muerte.....	8
2.3 Epidemiología de la muerte	9
2.4 El proceso terminal	11
3.El afrontamiento del personal sanitario ante la muerte.....	12
3.1 ¿Qué provoca la muerte de los pacientes en los profesionales sanitarios?	12
3.2 Profesionales sanitarios enfermeros de unidades de paliativos	13
3.3 Profesionales sanitarios enfermeros de UCI	14
3.4 Profesionales sanitarios enfermeros en oncología	15
4.El afrontamiento de la muerte en estudiantes de enfermería.....	16
4.1 Factores que influyen en el afrontamiento de los estudiantes de enfermería	18
5.El afrontamiento de los padres con niños muertos y de niños con padres muertos	18
5.1 Afrontamiento de los padres:	18
5.2 Afrontamiento de los niños	19
6. Factores que influyen en el afrontamiento	21
Justificación.....	24
Modalidad: Proyecto educativo.....	25
1. Población y captación	25
1.1. Población diana	25

1.2. Captación.....	25
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo general	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. Contenidos.....	27
4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	27
5. Evaluación.....	30
5.1. Evaluación de la estructura y el proceso	30
5.2. Evaluación de resultados.....	31
Bibliografía.....	32
Anexos.....	34
Anexo A. Folleto informativo	34
Anexo B. Guía del observador.....	35
Anexo C. Video “ángeles sin alas”.....	36
Anexo D. Cuestionario de satisfacción.....	36
Anexo E. Escala de miedo a la muerte de Collett- Lester.....	36

Resumen

La muerte y su afrontamiento son los temas principales de la exposición, sin embargo, el duelo, el dolor, las emociones y sentimientos que desencadena cobran un papel muy importante del desarrollo. Debido a que el proceso de muerte origina sensaciones en todos los sujetos que la rodean.

Objetivo: Explorar y mejorar las medidas de afrontamiento ante la muerte de los estudiantes de enfermería.

Método: Proyecto educativo. Participaron 40 alumnos de tercero y cuarto grado de enfermería de la universidad San Juan de Dios. El proyecto se llevó a cabo a partir de tres sesiones educativas para mejorar el afrontamiento a la muerte y disminuir las sensaciones de miedo y estrés ante estas circunstancias.

Implicaciones para la práctica de la enfermería: Un mal afrontamiento de la muerte puede debilitar los cuidados requeridos por los pacientes además de desgastar la salud de los profesionales. Los enfermeros están en contacto directo y diario con la muerte por ello requieren de medidas de apoyo al afrontamiento para llevar una vida sana en todas sus dimensiones.

Las palabras claves para la búsqueda giraban en torno a los términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) con sus correspondientes términos Mesh entre los que destacamos:

TERMINOS DECS	TERMINOS MESH
"Afrontamiento"	"Adaptation, psychological"
"Muerte"	"Death"
"Actitud frente a la muerte"	"Attitude to death"
"Enfermería"	"Nursing"
"Duelo"	"Grief"
"Cuidados paliativos"	"Palliative care"

Abstract

Death and its coping are the main themes of the exhibition, however, the mourning, pain, emotions and feelings that death triggers play a very important role of development, because the process of death causes sensations in all the subjects that surround it.

Objective: To explore and improve coping measures in the face of the death of nursing students.

Method: Educational project. Forty students participated of third and fourth degree of nursing of the University San Juan de Dios. The project was carried out from three educational sessions to improve coping with death and decrease feelings of fear and stress in these circumstances.

Implications for nursing practice: Poor coping with death can weaken the care required by patients as well as undermine the health of professionals. Nurses are in daily and direct contact with death so they require coping support measures to lead a healthy life in all its dimensions.

Presentación

La elección del tema para la elaboración del trabajo, fue difícil al inicio. Gracias a un video que me conmovió al verlo titulado "ángeles sin alas" (<https://youtu.be/-tBiWrERDS0>) decidí que el tema de la muerte era algo necesario de tratar. Nunca pensé que el trabajo fin de grado fuera un buen momento para adentrarme en el mundo de la muerte y su afrontamiento, un mundo bastante desconocido para mí hasta entonces y del cual tras la revisión y el estudio bibliográfico he podido aprender y averiguar información detallada muy útil no solo para mí sino para los demás profesionales sanitarios enfermeros.

A través de este trabajo he podido llegar a conocer la importancia del afrontamiento en todos los aspectos y en todos los campos de la vida, no solo para ayudarse a uno mismo en momentos duros con la pérdida de un ser querido o con el fallecimiento de un paciente, sino también para poder ayudar a los demás ya que en este trabajo vas a poder encontrar medidas de apoyo y consejos para que el afrontamiento de la muerte sea lo más tolerable posible.

El afrontamiento de la muerte es un método de ayuda que lleva consigo un trabajo integral de muchos campos como físico, psicológico, social, espiritual, religioso, etc. Es una cuestión amplia que me creó mucho interés cuando supe de su existencia y me pareció que tenía una gran utilidad tanto desde el punto de vista profesional como personal desde los más pequeños hasta los más mayores.

Por todo ello me llevó a su elección ya que creo que de manera general es un tema poco tratado en la sociedad actual y que debería conocerse más para que el afrontamiento fuera asequible para toda la población ya que la muerte es un proceso natural e inevitable.

En este trabajo que trata sobre el afrontamiento de la muerte y que se ha ido fraguando lentamente, en el curso del tiempo. Quisiera dar mi agradecimiento, en este momento a todas aquellas personas que tanto directa como indirectamente me han ayudado y apoyado en el desarrollo de este proyecto.

En primer lugar, a mi tutor Julio César de la Torre Montero por su dedicación, ayuda y templeza en los momentos difíciles del proceso y en segundo lugar a mi familia (madre, padre, hermano, pareja y abuelos) por su paciencia, comprensión y ayuda en este largo, pero bonito recorrido.

Estado de la cuestión

Fundamentación

1. Cronograma

Este trabajo ha sido realizado a través de la consulta de artículos y libros relacionados con el tema de la muerte y su afrontamiento.

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre ejecuté una búsqueda bibliográfica de la cual recopilé una gran información imprescindible para la realización de este proyecto. Tras estos meses, la búsqueda continua hasta enero y febrero donde seguí recopilando información de otros artículos y libros sobre temas que me parecían interesantes y que debía incluir en el trabajo o bien para profundizar sobre información ya seleccionada y recogida anteriormente.

Los libros de los cuales he reunido información para la elaboración del trabajo son: *“El afrontamiento de la muerte a través de la historia”*, *“Cuidados paliativos”*, *“Paciente terminal y muerte”*, *“El síndrome de agotamiento profesional en oncología”*, *“Necesidades psicosociales en la terminalidad”*.

Los artículos encontrados han sido buscados en páginas científicas como son Pubmed, Dialnet, Ebsco (Cinhal y Medline).

Se ha usado también la base de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), y algunas páginas web como la Real Academia Española (RAE) para la búsqueda de sinónimos y *WordReference* para la traducción de artículos en otras lenguas.

2. La muerte

2.1. Historia de la muerte

La muerte tiene un importante componente cultural y la visión social de la muerte ha sufrido un importante cambio a lo largo del tiempo. La perspectiva que el hombre tiene frente a la muerte se ha ido modificando en el transcurso del tiempo con las diferentes épocas y sociedades (1). A través de la tabla 1 vamos a conocer las diferencias de la muerte a lo largo de dos etapas que sirven de punto de reflexión e inflexión:

EDAD MEDIA (SVII)	ACTUALIDAD
Muerte no se ocultaba.	La muerte debe ocultarse y disimularse, debe superarse rápidamente y se silencia.
Muy espiritual: surgió el cristianismo para dar un significado a la muerte.	La muerte deja de ser espiritual o religiosa debido al proceso, la razón, y la tecnología médica.
La muerte era un acontecimiento público.	Muerte con intimidad y soledad.
La muerte digna era la muerte avisada y dolorosa; muerte lenta.	La muerte digna es una muerte sin dolor y súbita sin ningún sufrimiento; muerte rápida.
Morían en casa sin acompañamiento del médico ya que sólo se le acompañaba cuando se podía curar.	Mueren en el hospital con cuidados de los médicos hasta el final.
Los cuidados eran compartidos con amigos y vecinos.	Los cuidados comenzaban a ser de la familia más próxima.
Los muertos convivían con los vivos y eran enterrados en iglesias.	Se entierran en los cementerios.
Las muertes eran dolorosas sin medios para proporcionar calidad de vida.	Aparición de los cuidados paliativos: calidad de vida y muerte digna a paciente y familia.
Visión de la muerte cercana por una esperanza de vida corta y por la falta de técnicas y medios.	Visión de la muerte como algo lejano.

Tabla 1. Historia de la muerte. (Elaboración propia) (1)

2.2 Qué es la muerte

La muerte es la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia que proveen los atributos esenciales del ser humano y que integran el funcionamiento del organismo como un todo (2). Es un fenómeno natural, universal y una parte inevitable del ciclo de la vida (3).

La muerte es algo que genera un miedo real a la mayoría de las personas, pero hay diferencias dependiendo de la intensidad de éste en los individuos ya que puede ser normal cuando se tiene un cierto miedo o patológico cuando el miedo es excesivo (2).

Sin embargo, las actitudes hacia la muerte varían considerablemente entre culturas y grupos étnicos, y están influenciadas por creencias religiosas, experiencias personales y sistemas de valores individuales (3). Debemos entender la muerte como parte integral de la vida, y aunque

en algunas situaciones esto no sea posible, si lo hacemos de esta manera no se percibirá como algo traumático e inesperado (4).

2.3 Epidemiología de la muerte

Tras una búsqueda en el INE sobre la tasa de mortalidad desde el año 2009 hasta el 2015 desde los 0 hasta más de los 95 años de edad en la Comunidad de Madrid hemos obtenido datos mediante los cuales se han realizado unas gráficas donde se exponen los datos de ambos sexos (gráfica 1) y otras dos gráficas más donde comparamos entre sexos (gráfica 2 y 3).

Como podemos ver en la gráfica, entre ambos sexos ha habido diferencias significativas observando una disminución de la tasa de mortalidad desde el año 2009 hasta el año 2015 con lo que podemos llegar a la conclusión de que la población en la Comunidad de Madrid es una población más envejecida que en el 2009 y con una esperanza de vida más alta tanto en mujeres como en hombre. (Gráfica 1)



Gráfica 1. Mortalidad general de la Comunidad de Madrid. (Elaboración propia) (Fuente INE)

En las gráficas de clasificación de ambos sexos, hombre y mujeres, podemos ver que ha habido una disminución de la tasa de mortalidad entre el año 2009 y el año 2015 en la Comunidad de Madrid por ello podemos decir que la esperanza de vida de ambos sexos ha aumentado desde el 2009, sin embargo, observamos también que la tasa de mortalidad en hombre es mayor que la tasa de mortalidad en mujeres, por ello podemos destacar entonces que la esperanza de vida de las mujeres en la Comunidad de Madrid es mayor que la de los hombres. (gráficas 2 y 3)

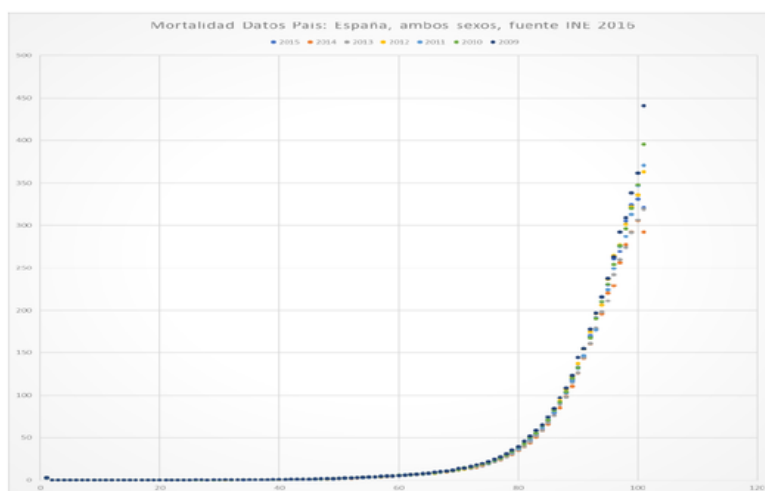


Gráfica 2. Tasa de mortalidad de hombres en la Comunidad de Madrid. (Elaboración propia)
(Fuente INE)



Gráfica 3. Tasa de mortalidad de mujeres en la Comunidad de Madrid. (Elaboración propia)
(Fuente INE)

Después de un análisis de los datos proporcionados por el INE, sobre la tasa de mortalidad desde el año 2009 hasta el año 2015 en ambos sexos, y desde los 0 años de edad hasta los 100 y más años, de manera nacional, es decir, en España se realizó una gráfica representativa de los datos obtenidos. De estos datos podemos destacar que la tasa de mortalidad a nivel nacional ha disminuido en todas las edades desde el 2009 hasta el 2015 lo que podemos decir que la población nacional actual es una población más envejecida que en el año 2009 y con una esperanza de vida más alta. (gráfica 4)



Gráfica 4. Tasa de mortalidad de ambos sexos en España. (Elaboración propia)
(Fuente INE)

2.4 El proceso terminal

Para poder sobrellevar de forma sana la muerte y su afrontamiento sería necesario conocer el proceso terminal, también denominado **duelo**, que se define como “la reacción natural matizada por el entorno sociocultural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento” (18).

- **1ª Fase: Negación y aislamiento:** el proceso de negación es común tanto para los que se les comunica desde el inicio de la enfermedad como para los que llegan a la conclusión por ellos mismos. La negación es habitual en casi todos los pacientes y funciona como amortiguador (5).
- **2ª Fase: Ira:** Esta fase comienza cuando la negación ya no puede mantenerse, puede pensar que lo que le ocurre es injusto (6). Es una fase muy difícil de afrontar por la familia y el resto del personal sanitario ya que la ira se proyecta sobre todo lo que les rodea (5).
- **3ª Fase: Pacto:** El pacto es un intento de posponer los hechos (5).

- 4ª Fase: Depresión: Esta fase se produce cuando el paciente no puede seguir negando la enfermedad (5). Surgen sentimientos de dolor y vacío, en esta fase puede abandonar el tratamiento (19).
- 5ª Fase: Aceptación: Es un momento en el que el paciente ha sido capaz de asumir la situación y su destino ya no le deprimirá. Es un momento donde la familia es la que necesita más apoyo y paciente lo único que necesita es alguien a su lado (5).

3.El afrontamiento del personal sanitario ante la muerte

3.1 ¿Qué provoca la muerte de los pacientes en los profesionales sanitarios?

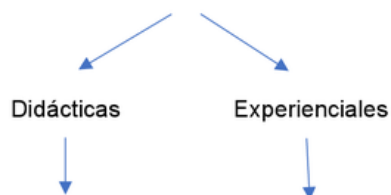
El código deontológico de la enfermería española recoge en el capítulo III, art. 18, de 1989 que dentro de las competencias de la enfermera se encuentran los cuidados al enfermo moribundo y su familia (2). El contacto con la muerte, la agonía y el dolor es constante en los profesionales enfermeros lo cual puede provocar situaciones de gran estrés y angustia psicológica interpretando su aparición como un fracaso personal (2).

Por ello podemos decir que el colectivo enfermero forma parte de la sociedad “negadora” de la muerte ya que parece que la función principal de la enfermería o el personal sanitario en general, es salvar la vida de los pacientes y si esto no ocurre así puede considerarse como un fracaso, sin embargo, debemos entender que hay momentos en que el objetivo fundamental debería ser “el cuidado”: escuchar, acompañar, atender (4).

Los profesionales sanitarios se enfrentan a situaciones dolorosas a diario en su profesión, lo que puede provocar grandes sentimientos de tristeza, estrés, frustración, ansiedad. Aunque estas situaciones sean complejas, los profesionales de enfermería deben encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar estos sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades de los pacientes. Sin embargo, los profesionales de enfermería no solo deben entender la muerte sino también deben asumir, acompañar y aconsejar a los pacientes en el final de la vida (5).

El consejo Internacional de enfermeros (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) comparten la idea de que los enfermeros han de estar formados y capacitados en lo relativo a la vida, la muerte, la incapacidad y la vejez (4), ya que el entendimiento de la muerte puede ser beneficioso para la enfermería.

Dentro de la formación sobre la muerte tenemos dos tipos:



La formación, debe estar dirigida a tres áreas, entre ellas destacamos:

1. Actitudes y dificultades ante la muerte.
2. Conocimiento sobre el proceso de duelo.
3. Habilidades en relación de ayuda.

Por tanto, los profesionales de enfermería deberán tener una formación adecuada para actuar y poder afrontar de forma sana los procesos de la muerte de los pacientes.

3.2 Profesionales sanitarios enfermeros de unidades de paliativos

La OMS en 2002 definió los cuidados paliativos como “un enfoque que mejora la calidad de vida de unos pacientes y familiares que se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (6).

Como podemos destacar tras la definición, los pacientes paliativos son pacientes en situación terminal que requieren de cuidados para mejorar la calidad de vida antes de la muerte tanto de ellos mismos como de sus familiares.

La sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL), expone que en la enfermedad terminal afluyen una serie de características que se utilizan tanto para definirla como para establecer la terapéutica que necesitan (7).

Los elementos son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades de respuesta al tratamiento.
3. Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Por lo tanto, la muerte es un proceso que forma parte del trabajo diario de los profesionales sanitarios enfermeros en cuidados paliativos.

La muerte y los episodios de muerte tienden a tener efectos negativos llegando a provocar estrés en los profesionales de estos servicios. Es importante conocer que, cuando se produce la muerte de un paciente, se rompe el apego entre los profesionales y el paciente provocando sentimientos de dolor en el sanitario. Los profesionales de la salud pueden tener múltiples episodios de duelo al mismo tiempo, ya que se encargan del cuidado de más de un paciente en situación terminal (8).

El afrontamiento de la muerte en estos profesionales es importante, ya que un mal afrontamiento puede conducir a una mala atención del paciente. Sin embargo, en una revisión sistemática realizada por Pereira (2011), demuestra que los niveles de burnout en cuidados paliativos en relación a otros servicios del sector, no parecen ser más altos que el resto.

Tras un estudio comparativo realizado con diferentes servicios, se llegó a la conclusión de que las enfermeras en cuidados paliativos tenían menores puntuaciones de agotamiento emocional y despersonalización teniendo calificaciones más altas en la sub-escala de logro personal (9).

Para destacar, la gran mayoría de los estudios demuestran que el contacto con el sufrimiento y la muerte es una fuente de estrés para las enfermeras (9), por ello sería necesario más cuidado y apoyo para aquellas que están en contacto directo con pacientes terminales o en situaciones críticas. En relación a este tema, muchas organizaciones ofrecen apoyo formal, sin embargo, el personal busca normalmente soporte de los compañeros ya que así se les ofrece la oportunidad de tratar la muerte de manera informal (8).

3.3 Profesionales sanitarios enfermeros de UCI

Las Unidades de cuidados intensivos (UCI), tienen instrumentos altamente complejos y sofisticados para proporcionar a los pacientes cuidados de un alto nivel ya que el estado de los enfermos es crítico y la sensación de la muerte es algo que está siempre presente.

Los cuidados intensivos están dirigidos a la curación y a preservar la vida de los pacientes, lo que le hace que no sea un ambiente para que se dé el proceso de morir (10).

Trabajar en un ambiente de UCI puede suponer agotamiento y grandes alteraciones emocionales en profesionales enfermeros, llegando incluso a provocar fatiga de compasión que se ha definido como *“un estado de angustia física o psicológica en los cuidadores que se*

produce como consecuencia de un proceso en curso y en una relación existente con las personas necesitadas"(11) y/o burnout o síndrome de estar quemado, que es el resultado de un proceso de estrés laboral de forma crónica (12).

El individuo puede movilizarse ante circunstancias de amenaza o peligro para adaptarse a la situación, provocado esto por la ansiedad. Se ha encontrado que los enfermeros dentro del grupo de profesionales sanitarios son los que tienen un mayor nivel de ansiedad ante la muerte (13). Todo ello puede afectar tanto a la vida laboral como a la personal de estos profesionales.

El afrontamiento de la muerte en profesionales que trabajan en UCI normalmente suele ser bajo, pudiendo provocar un alto nivel de insatisfacción o un fracaso personal o profesional cuando la muerte se produce. Esto es debido a que la UCI está dirigida a preservar la vida de los pacientes (10,11).

Tras un estudio realizado a enfermeras y auxiliares de enfermería en 2009 comparando la capacidad de afrontamiento ante la muerte en enfermeras de UCI pediátrica y enfermeras de UCI de adultos se llegó a la conclusión de que la edad del paciente es un factor a tener en cuenta en el afrontamiento de la muerte. Por ello, los enfermeros que trabajaban en UCI pediátrica tenían niveles de ansiedad más altos, esto es debido a que es muy difícil concebir que un niño pueda morir de forma natural ya que actualmente ha habido grandes avances tecnológicos que han provocado una disminución en la tasa de mortalidad infantil, por lo tanto, es todavía más complicado para los profesionales sanitarios aceptar o entender la muerte de los niños (10).

Al concluir el estudio todos los profesionales enfermeros que trabajaban en la UCI declararon su falta de formación en el tema de afrontamiento a la muerte y manifestaron la necesidad de formarse ante esta materia (10).

3.4 Profesionales sanitarios enfermeros en oncología

La mayoría de los enfermeros que trabajan en oncología, describen su trabajo como gratificante, sin embargo, también experimentan altos niveles de demanda emocional (9).

Las enfermeras que trabajan con pacientes con cáncer en el final de su vida deben prepararse para hacer frente a la angustia psicosocial y espiritual de los pacientes (43). Los factores que suponen más estrés en las enfermeras de oncología son la incapacidad de ayudar a los

pacientes en el dolor físico y psicológico que supone la muerte de un paciente cercano y el miedo a cometer errores (9), por ello las enfermeras deben hacer frente a todo ello para que sus cuidados sean los más efectivos y prácticos en estos pacientes.

4.El afrontamiento de la muerte en estudiantes de enfermería

Los encuentros con la muerte del paciente pueden ser eventos muy esperados para los estudiantes de enfermería (14). Los estudiantes, a menudo encuentran la muerte en sus prácticas clínicas (15). La mayoría de ellos entrarán en contacto con la muerte y el morir durante sus prácticas, enfrentándose no sólo a los temores de los pacientes y familiares, sino también a sus propias ansiedades, ya que la muerte de los pacientes puede servir para recordarles su muerte personal y la de su propia familia (3).

Los estudios más recientes, al igual que estudios realizados por Loftos (1998) y Parry (2011) confirmaron que los estudiantes de enfermería y las enfermeras recién tituladas podían tener sentimientos inadecuados, actitud defensiva, angustia, sentirse mal preparadas, fuertes emociones de incredulidad, culpa e ira relacionada con la muerte del paciente e incluso mecanismos de afrontamiento como supresión, distanciamiento y evitación (14,15).

A través de la revisión bibliográfica de artículos relacionados con el afrontamiento de la muerte en los estudiantes de enfermería hemos podido conocer tres estudios que pueden servir de referencia, en los cuales se expresan los sentimientos y la forma de afrontamiento de los estudiantes ante la muerte.

En un primer estudio se recopiló una serie de testimonios a través de unas entrevistas en las que el investigador preguntaba "dime todo lo que puedas recordar de una muerte cercana de un paciente". Tras la lectura de los testimonios se puede sacar en claro que las muertes que presenciamos y sobre todo si es nuestra primera muerte vivida la recordamos con claridad incluso varios años más tarde. Las emociones que la muerte puede generar pueden ser tanto negativas como positivas dependiendo de cómo se haya acontecido el suceso.

En este estudio podemos encontrar testimonios positivos, como por ejemplo, la declaración de Tracey, un estudiante de enfermería en el que el suceso surgió hace dieciséis años donde la experiencia de su primera muerte fue con un paciente que murió de la forma más placida posible lo que provocó que desde este momento decidiera que quería cuidar a pacientes con cáncer (14).

En contraposición, en este artículo podemos destacar también un testimonio de un estudiante de enfermería en el que se observa como la muerte puede también generar sensaciones negativas. Mark es un estudiante de enfermería, el momento de la muerte es de hace un año, en su declaración nos cuenta que no pudo dormir en dos días y no podía volver al día siguiente porque estaba traumatizado, cuenta que tiene muchos recuerdos del primer paciente y que cuando ve pacientes con la misma patología se siente mal porque sabe que pueden morir. *Cuando me voy a dormir, en mis sueños sigue volviendo (sic) (14).*

En otro estudio realizado de Burnard et al (2008) de estudiantes de enfermería de cinco países diferentes encontraron que los eventos más estresantes que experimentaron fueron (3):

- El sufrimiento experimentado por los pacientes y familiares.
- Relaciones requeridas por el contexto de terminalidad.
- Eventual muerte del paciente.

En este estudio se observó que la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima son considerados como moduladores de las actitudes hacia la muerte y del impacto que pueden tener. La inteligencia emocional se definió como un conjunto de habilidades que permiten a los individuos percibir, comprender y regular sus propias emociones y las de los demás. Las investigaciones en esta área sugieren que las enfermeras con una mayor inteligencia emocional lidian más positivamente con la muerte (3).

La autoestima, por otro lado, ha sido considerada como un amortiguador contra las amenazas psicológicas o el estrés y también está relacionado con el mantenimiento de una buena salud mental. La baja autoestima está asociada con menos recursos de afrontamiento y con un sentido de menor control sobre las situaciones de alto nivel emocional (3).

Como conclusión final sobre el afrontamiento ante la muerte de los estudiantes de enfermería tras el estudio de estos tres artículos mencionados es que los primeros contactos con la muerte y más durante las prácticas clínicas crean sensaciones desagradables de inseguridad y ansiedad pudiendo llegar a provocar procesos traumáticos. Aunque también podemos decir que el proceso de la muerte es un elemento clave para el afrontamiento ya que dependiendo de cómo sea el acontecimiento las sensaciones que pueden generar son negativas o positivas. El temor ante la muerte disminuirá a medida que los estudiantes progresen con la formación, además debemos saber que el afrontamiento mejorará si ciertas actitudes como la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima las tenemos desarrolladas.

4.1 Factores que influyen en el afrontamiento de los estudiantes de enfermería

En muchas ocasiones los estudiantes de enfermería tienen su primer contacto con la muerte a lo largo de su carrera durante la realización de las prácticas clínicas, la primera muerte es una vivencia dura que supone en ocasiones sentimientos de tristeza, estrés y ansiedad.

Los factores que más influyen en el afrontamiento, y por lo tanto los que más pueden contribuir en la forma de afrontar la muerte de los estudiantes de enfermería, son:

- Edad de la persona.
- Edad del primer encuentro con la muerte de un ser querido.
- Sexo (el sexo femenino sufre más ansiedad ante dicha vivencia. Esto se debe a que las mujeres expresan más sus sentimientos).
- Religión / creencias (son factores que disminuyen el estrés y la ansiedad) (2).

5.El afrontamiento de los padres con niños muertos y de niños con padres muertos

5.1 Afrontamiento de los padres:

Un diagnóstico de una enfermedad grave en un hijo, causa dolor en los padres, emociones y sentimientos desagradables. Todo esto puede provocar crisis en los padres provocando sensaciones de vacío y de pérdida generando en ellos alteraciones físicas, emocionales y mentales (16).

Los padres normalmente suelen sufrir situaciones de estrés siendo más frecuente en las mujeres, por ello conocer y entender cómo lidiar estas situaciones es extremadamente importante para mejorar la función emocional, física y mental.

Los progenitores pueden tomar dos mecanismos de acción frente al estrés (16):

- Manifestación de paz y optimismo hacia el niño y confiar en el equipo terapéutico.
- No adaptación: expresiones de incertidumbre, miedo por la vida del niño, depresión, miedo y tristeza.

Tras un estudio realizado a padres con hijos fallecidos pudimos conocer que hay diversos factores que están asociados con el dolor y la depresión después de la pérdida.

En cuanto a los factores asociados al dolor destacamos altos niveles de evitación, síntomas de depresión y disminución de los niveles de reestructuración cognitiva.

La depresión, a su vez también tiene unos factores asociados como son la alta evitación y el consumo de alcohol y otras sustancias. La evitación es un factor que está asociado tanto con el dolor como con la depresión. El método de afrontamiento de la evitación puede provocar mayores síntomas de duelo y depresión y está asociado con trastornos psicológicos en general. Otro factor de riesgo asociado con el dolor prolongado fueron los bajos niveles de reestructuración cognitiva. Para el padre en duelo esta reestructuración supone una reinterpretación personal transformando el agente estresor en positivo.

Esta reinterpretación podría surgir tras sentirse útiles ayudando a otros padres que están pasando por la misma situación que ellos ya han vivido y tras esto re-evaluar su experiencia pudiendo encontrar algunos aspectos positivos de su duelo. Esto se ha asociado con una mejor calidad de vida en los discursos de los padres. El alcohol, además de otras sustancias, son factores que se han visto relacionados con la depresión ya que se observó un aumento del consumo como estrategia para reducir el estrés en padres que habían experimentado la muerte de su hijo (17).

Por último, decir que la manera de afrontamiento de los padres también depende de su edad. Los padres más jóvenes se apoyan en el humor para calmar sus emociones, los padres de hijos más mayores usan sustancias psicoactivas para controlar las situaciones de estrés y los padres que tienen un mayor número de niños se apoyan en la negación y el rechazo (16).

5.2 Afrontamiento de los niños

En 2003 se estimó que había 143 millones de huérfanos en 93 países. A pesar de la frecuencia tan alta y la gravedad de la pérdida de los padres parece que el duelo en la infancia por sí solo es poco probable que dé lugar a psicopatologías (20).

La comunicación de malas noticias a niños y adolescentes se hace más difícil cuando el fallecido es un familiar cercano (21).

En función de su edad, los niños entenderán la muerte de formas diferentes (22). Estas diferencias se resumen en:

- Hasta los 2 años: no tienen el concepto de muerte, pero perciben la ausencia de la persona fallecida.
- De 3-6 años: Conciben la muerte como un estado temporal y reversible.
- De 6-10 años: Sobre los 7 años adquieren el concepto de irreversibilidad e insensibilidad, a los 9 o 10 años comienzan a adquirir el concepto de universalidad. A esta edad comienzan a preocuparse por la salud de la familia y la suya propia.
- De 10 en adelante: el afrontamiento es similar al de los adultos.

Ordoñez y Lacasta (2004) dividen el proceso de duelo de los niños en tres fases (23):

- Fase de protesta: proceso donde el niño añora al progenitor que ha fallecido y llora suplicando que vuelva.
- Fase de desesperanza: la expectativa de que el fallecido regrese comienza a disminuir.
- Fase de ruptura del vínculo: Comienza a renunciar parte del vínculo emocional y muestra más interés por el mundo que le rodea.

La comunicación eficaz entre padres e hijos y las rutinas familiares estables pueden amortiguar los efectos adversos de la muerte, al igual que la capacidad de los padres para ser sensibles y atentos a sus hijos durante la comunicación ya que se ha visto asociada con menos depresiones y menos síntomas psiquiátricos.

Se ha observado que las madres con depresión producen efectos negativos en la crianza del niño, sin embargo, no sólo los altos niveles de depresión provocan efectos negativos, sino que también una respuesta emocional con poco o ningún síntoma depresivo puede afectar también la eficacia de los padres ya que impiden que el niño tenga una adecuada expresión emocional (20).

Por lo tanto, para que el afrontamiento del niño sea bueno y así evitar problemas de salud mental sería importante mejorar la comunicación entre padres e hijos y que el estado emocional del progenitor sea el más equilibrado y natural posible dentro de las circunstancias.

6. Factores que influyen en el afrontamiento

Tras el estudio realizado a lo largo del trabajo, hemos podido observar que la muerte es un proceso que nos afecta a todos y que está presente a lo largo de la vida siendo más característico en los profesionales dedicados a la salud.

El afrontamiento de la muerte a cualquier escala es imprescindible para mantener una vida laboral y personal sana.

Nadie está cómodo ante una persona que se está muriendo muy probablemente porque nos hace pensar en nuestra propia muerte (24) (25). En ocasiones se ha relacionado la ansiedad con el trastorno de estrés postraumático (26).

Sin embargo, el profesional de enfermería es quien se enfrenta más directamente con la muerte por ello estos profesionales son quienes deben resolver sus propios temores, creencias y convicciones frente a la muerte (24) (27).

Un mal afrontamiento de la muerte es generador de ansiedad y estrés. 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 ajena" (28) (29).

Ha habido diversas investigaciones sobre los factores o variables relacionados con el afrontamiento, y entre estas variables destacamos:

1. Factores dependientes del profesional:
 - Edad (30, 2, 31,28,32).
 - Edad de la vivencia de la primera muerte (2).
 - Años de experiencia profesional.
 - Nivel de estudios (2,16).
 - Estado civil (28,33).
 - Déficit de formación profesional (28).
2. Factores dependientes del paciente:
 - Edad del paciente (10,2,34).
 - Relación con el paciente y la familia (2,34).

Todos estos factores intervienen en el proceso de afrontamiento a la muerte. Cuando el afrontamiento o la actitud ante la muerte no es buena, se produce el estrés.

El estrés se puede entender como *“el estado resultante de la relación que se establece entre una persona y su entorno cuando la persona evalúa que la situación pone en peligro su bienestar personal y que es superior a los recursos de los que dispone para superarla”* (12).

El estrés provoca muchos síntomas (miedo (4), ansiedad, tristeza, agotamiento emocional) que afectan tanto a la vida como al entorno de quien las padece.

Se han encontrado diferentes mecanismos o actividades para disminuir el estrés y mejorar el afrontamiento a la muerte. Los cuatro mecanismos a destacar y que pueden favorecer el afrontamiento son:

- Religión / espiritualidad

Dentro de la psicología de la religión y la espiritualidad fue desarrollado el concepto de “afrontamiento religioso” por Pargamet y Koenig (1997) y lo definieron como *“aquél donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como facilitar la resolución de problemas”*. Para estos autores el rezo y la oración puede influir positivamente en la salud mental.

Tras un estudio se observó que los sujetos religiosos entrevistados ponían mayor énfasis en que sus sentimientos religiosos, rezos, participación en servicios religiosos, el apoyo espiritual... habían servido para otorgar un sentido al sufrimiento a la muerte y a la pérdida del ser querido facilitando el afrontamiento (35).

- Consuelo mutuo entre compañeros

Tras una muerte traumática para los enfermeros una de las actividades que más alivia o consuela su alteración emocional del momento es la realización de grupos o charlas con sus propios compañeros para poder tratar de manera informal el tema de la muerte ayudando a el desahogo emocional de la personal y a mejorar el afrontamiento (36,34).

- Humor

El humor se describe como *“excitación de la diversión, la expresión de la diversión, y a estados mentales temporales y habituales”* (37).

El humor constituye un cura doble sobre el profesional y el paciente. Les ayuda a ambos a afrontar las situaciones de la muerte (38).

Tanto los pacientes como los profesionales que trabajan en unidades de contacto con la muerte y en el campo de la salud podemos beneficiarnos y apoyarnos del humor como mecanismo para la gestión del estrés y la comunicación (39).

Tanto la risa como el sentido del humor, pueden llegar a ser factores protectores de la salud física y mental teniendo en cuenta todos sus efectos sobre el sistema inmunológico (37). El humor hace que la causa del sufrimiento se atenué y que el dolor deje de ser el centro del pensamiento en el paciente influyendo en la calidad de vida del paciente (38). En el encuadre de los pacientes paliativos, el uso del humor ayuda aliviar las situaciones en las que no se puede hacer nada para poder ayudarles (40).

Para finalizar me gustaría exponer unas palabras de Benavent (2008) sobre el humor y son: *"El sentido del humor tiene una función reparadora. Alivia la tensión emocional, descarga la inseguridad, el miedo y la ansiedad que reprimimos en el inconsciente. El humor nos permite tratar con ingenio situaciones iracundas y lidiar con ironía nuestros fracasos. Incluso el humor negro es saludable. Actúa de purgante psicológico que nos libera temporalmente de complejos, de obsesiones y de tendencias destructivas"* (37).

- Sueño

El sueño es fundamental en la vida de los trabajadores y permite restaurar los cuerpos, las mentes y las emociones. La calidad del sueño es tan importante como la nutrición o el ejercicio para mantener la salud en general (41).

Los sueños pueden ayudar a cerrar y proporcionar oportunidades para resolver asuntos pendientes, los sentimientos que generan los sueños pueden ser negativos, expresan la tristeza al recordar el sufrimiento del paciente al final de su vida o sentimientos positivos.

Normalmente en los sueños de los profesionales sanitarios se encuentran presentes los pacientes debido a que el proceso de morir es un estímulo claro para los sueños.

Los sueños reflejan habitualmente los desafíos del trabajo con pacientes muertos o en situación terminal (42) ya que para los profesionales sanitarios la muerte normalmente se ve como un estado de fracaso y frustración debido a que estudiamos para salvar vidas y proporciona los mayores cuidados siendo esto nuestro mayor fin.

Justificación

Según se ha ido viendo a lo largo de la fase de elaboración de este estudio, una de las conclusiones del presente trabajo es que el estrés, la ansiedad, el agotamiento emocional, los sueños, el insomnio... son factores predominantes tanto para las personas que están en contacto con el mundo de la salud, profesionales enfermeros y alumnos de enfermería, como para personas ajenas a este mundo, ya que la muerte es un hecho que nos afecta a todos. Por ello, su afrontamiento es de gran importancia para poder llevar una vida sana en todos los aspectos.

La muerte y su afrontamiento es un tema poco tratado en general, y tras estudiar sobre ello parece imprescindible la idea de realizar un proyecto donde se pueda tratar el afrontamiento ya que en la mayoría de los documentos que he analizado, los participantes exponían que necesitaban más formación para poder abordar este tema y sentirse más seguros, por ello me parece un momento fundamental para adentrarme en ello y poder llenar el vacío existente sobre esta materia.

El proyecto educativo va a estar dirigido a los estudiantes de enfermería debido a que normalmente sufren la muerte y su dolor durante las prácticas clínicas y sería necesario aumentar la formación con respecto a la muerte para mejorar el afrontamiento de los estudiantes.

Modalidad: Proyecto educativo

1. Población y captación

1.1. Población diana

El proyecto educativo va dirigido a estudiantes de tercero y cuarto curso del grado de enfermería. Este proyecto se va aplicar en la escuela de San Juan de Dios en Ciempozuelos.

Mi elección de la población diana ha sido por dos motivos. Primero porque los estudiantes de enfermería se enfrentan con la muerte y con el dolor de pacientes, familiares y equipo sanitario durante sus rotaciones de prácticas sin tener conocimientos necesarios para poder afrontar este tipo de situaciones.

Y el segundo motivo de la elección de este tipo de población ha sido el hecho de que los estudiantes de enfermería en los dos últimos cursos ya han podido experimentar o enfrentarse a la muerte y a la realidad del trabajo enfermero, y así poder percibir las emociones y los sentimientos y actuar sobre ellos para mejorar el afrontamiento ante la muerte de un paciente en los casos en que sea necesario.

1.2. Captación

La captación se llevará a cabo en la universidad de los alumnos que cumplan la condición de estar en tercero y cuarto curso del grado de enfermería.

Se ejecutará por medio de una presentación del proyecto en un descanso entre clases y clase en la universidad. Tras la exposición del proyecto se repartirán unos folletos donde se expondrá un cronograma refiriendo los días, horas y el temario a tratar durante las sesiones.

El proyecto educativo será de carácter voluntario, pero acordaría con el profesor de cuidados de enfermería para la salud que los alumnos que asistan y realicen la actividad con el mayor aprovechamiento sumaran 0.5 puntos en su nota final.

Los alumnos que quieran inscribirse deberán mandar un mensaje al correo electrónico propuesto en el folleto informativo (anexo A) en un periodo de tres días pudiendo asistir como máximo veinte alumnos de cada clase. En dicho correo se especificará el asunto: proyecto mejora afrontamiento de la muerte y se escribirá en el texto el nombre completo y el curso.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Como objetivo general destacaremos que los participantes mejorarán su afrontamiento ante la muerte de un paciente a medio y largo plazo.

2.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos los dividimos en tres secciones dependiendo el área que evalúan:

Los objetivos relacionados con el área cognitiva que queremos alcanzar son:

- Los participantes describirán el significado de muerte para ellos.
- Los participantes describirán su forma de afrontamiento ante la muerte de un paciente.
- Los participantes identificarán las formas de afrontamiento más beneficiosas para ellos.
- Los participantes conocerán la muerte y su afrontamiento.

Los objetivos relacionados con el área afectiva que queremos alcanzar son:

- Los participantes valorarán los métodos de afrontamiento que utilizan tras la muerte de un paciente.
- Los participantes expresarán sus sentimientos ante la muerte.
- Los participantes compartirán sus emociones ante la muerte vivida de un paciente.
- Los participantes verbalizarán aquellos sentimientos negativos que pueden provocar un mal afrontamiento ante la muerte.
- Los participantes relatarán las sensaciones de estrés, agotamiento, ansiedad, miedo ante la muerte de un paciente.

Los objetivos relacionados con el área psicomotriz que queremos alcanzar son:

- Los participantes demostrarán sus capacidades de afrontamiento a la muerte según sus casos personales expuestos.
- Los participantes realizarán ejercicios de relajación tras la muerte de un paciente.

3. Contenidos

Los conceptos básicos que se tratarán durante las sesiones del proyecto y por tanto el contenido fundamental de este es:

- Presentación.
- Descripción de la muerte y el duelo.
- Percepción de los participantes sobre la muerte y el duelo (¿qué es para ellos la muerte y el duelo?).
- Emociones y sentimientos que genera la muerte.
- Emociones y sentimientos que los participantes han experimentado tras la muerte de un paciente.
- Emociones negativas que podemos sentir tras la muerte de un paciente.
- Métodos de afrontamiento utilizados por los participantes en caso de muerte de un paciente.
- Métodos de afrontamiento existentes.
- Métodos de relajación tras un proceso estresante como es la muerte.
- Evaluación de casos individuales.
- Conclusiones finales de las sesiones impartidas.

4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

El proyecto constará de tres sesiones coincidiendo cada una de ellas con un día diferente. Los días asignados para la actividad son el 16,17 y 18 de mayo. La sesión inicial consta de dos horas. La primera, engloba la presentación, la descripción de la muerte y el duelo y el concepto de los participantes con respecto a la muerte. A continuación, en la segunda hora de la sesión se tratarán los temas de emociones y sentimientos que genera la muerte, haciendo hincapié en aquellos que hayan podido ser experimentados por los participantes.

El 17 de mayo, día de la segunda sesión la actividad tendrá una duración de una hora y media tratando los temas de métodos de afrontamiento utilizados por los estudiantes ante la muerte y métodos de afrontamiento existentes.

Por último, habrá una tercera sesión cuya duración será de una hora y media donde se manejarán casos individuales o personales y la conclusión final del proyecto.

Dispondremos de un número máximo de 40 participantes que serán distribuidos en dos grupos. Cada conjunto constará de 20 participantes combinando 10 de ellos de tercer curso y otros 10 de cuarto para poder así compartir diferentes vivencias y emociones en cuanto a la

práctica clínica.

El proyecto se llevará a cabo en su conjunto en horario de mañana siendo de 09:00-11:00 para el primer grupo y de 12:00-14:00 para el segundo grupo.

Los docentes encargados del proyecto serán dos enfermeras. Una de las enfermeras se responsabilizará de impartir las sesiones y analizar los ejercicios prácticos junto a los estudiantes. Por otro lado, la otra enfermera asumirá el papel de observador la cual anotará en una guía para el observador (anexo B) todo aquello que suceda en la sala para poder analizar el trabajo y detectar fallos o elementos que mejorar.

El lugar de celebración será en una de las aulas de la Universidad Pontificia Comillas, EUEF San Juan de Dios. La sala estará previamente solicitada a la dirección del centro la cual debe disponer de la capacidad necesaria para el buen funcionamiento de la actividad además de pizarra, ordenador, proyector y sillas móviles para poder trabajar en círculo.

El cronograma del proyecto será:

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICAS	TIEMPO	RECURSOS
I 16 mayo Grupo1-> 09:00-10:00 Grupo 2-> 12:00-13:00.	1.Los participantes describirán el significado de muerte para ellos. 2. Los participantes explicarán el significado de duelo.	1. Presentación. 2. Descripción de muerte y duelo. 3. Percepción de los participantes sobre la muerte y el duelo (¿Qué es para ellos la muerte?).	1. Técnica del ovillo. 2. Discurso del tema a tratar. 3. Tormenta de ideas.	15 min. 25 min. 20 min.	Redistribución de la clase (sillas en círculo). Power point. video. Pizarra.
I 16 mayo Grupo 1 -> 10:00-11:00 Grupo 2 -> 13:00-14:00.	Los participantes expresarán sus sentimientos ante la muerte.	Emociones y sentimientos que genera la muerte.	Foto – palabra.	15 min.	Fotografías.
	Los participantes compartirán sus emociones ante la muerte vivida de un paciente.	Emociones y sentimientos que los participantes han experimentado tras la muerte de un paciente.	Casos reales.	20 min.	Discusión sobre casos personales o vividos durante las prácticas.
	Los participantes verbalizarán aquellos sentimientos negativos que pueden provocar un mal afrontamiento de la muerte.	Emociones negativas que podemos sentir tras la muerte de un paciente.	Rejilla de análisis.	15 min.	Utilización de diferentes campos específicos.
	Los participantes relatarán los sentimientos de estrés, agotamiento, ansiedad, miedo ante la muerte.	Emociones negativas que podemos sentir tras la muerte de un paciente.	Tormenta de ideas.	10 min.	Pizarra.

II 17 mayo Grupo 1 -> 09:00-10:30 Grupo 2 -> 10:30-12:00.	Los participantes identificarán las formas de afrontamiento más beneficiosas para ellos.	Métodos de afrontamiento existentes.	Charlas participativas.	25 min.	Redistribución de la clase (sillas en círculo).
	Los participantes describirán su forma de afrontamiento ante la muerte de un paciente.	Métodos de afrontamiento utilizados por los participantes en caso de muerte de un paciente.	Estudio de casos.	30 min.	Dramatización y análisis de las emociones vividas en la actividad.
	Los participantes realizarán ejercicios de relajación tras la muerte de un paciente.	Métodos de relajación tras un proceso estresante como es la muerte.	Ejercicios respiratorios.	25 min.	Realización de ejercicios respiratorios que ayuden a la relajación.
III 18 mayo Grupo 1 -> 09:00-10:30 Grupo 2 -> 10:30-12:00.	Los participantes demostrarán su capacidad de afrontar la muerte según sus casos expuestos.	Evaluación de casos individuales.	Estudio de casos individuales.	60 min.	Dramatización y análisis de los casos.
	Los participantes conocerán la muerte y su afrontamiento.	Conclusiones finales de las sesiones impartidas.	Charla participativa y video con discusión.	30 min.	Coloquio Video "ángeles sin alas (anexo C)"

5. Evaluación

5.1. Evaluación de la estructura y el proceso

Este tipo de evaluación incluye un control del número de asistentes, adecuación del lugar de la intervención y del proceso de captación de la población diana, participación de los asistentes a las sesiones etc. Esta valoración será realizada a través del observador el cual

se encargará de rellenar un documento donde expone estas ideas (anexo B).

Para poder evaluar la calidad del proyecto y de los educadores de éste se utilizará un cuestionario de satisfacción (anexo D) que será rellenado de forma anónima por todos los asistentes a las sesiones propuestas el último día de la actividad, para así conocer la utilidad del proyecto, objetivos conseguidos, conocimientos alcanzados, placer de los participantes con su realización.

5.2. Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados se llevaría a cabo a través de la realización de un pre-test del cuestionario del miedo a la muerte de Collett- Lester (anexo E) que se realizaría un día antes del empuce de las sesiones y de forma individual y anónima, se utiliza para conocer el nivel de miedo y de ansiedad con la que parten los participantes.

Tras la realización de las sesiones, el último día de estas se volvería a rellenar de forma individual y anónima un post-test del cuestionario del miedo a la muerte de Collett-Lester (anexo E).

Ambos cuestionarios se compararán para conocer si las sesiones han sido eficientes y han disminuido los niveles de miedo y ansiedad ante la muerte.

Bibliografía

- (1) Astudillo W, Clavé E, Urdaneta E. Necesidades psicosociales en la terminalidad. 1ª ed. San Sebastián: Sociedad Vasca de cuidados paliativos. 2001: 2007-332.
- (2) Acosta-Padrón L. Diferentes maneras de afrontar la muerte: Estudiantes y profesionales de enfermería. Rev ROL Enferm. 2014;37(1):26-29.
- (3) Edo-Gual M, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. J Clin Nurs 2015 Sep;24(17-18):2429-2438.
- (4) Brito-Ruymán P, Brito-Reverón D. La Enfermería ante la muerte. Metas Enferm. 2006;9(2):29-37.
- (5) Míguez-Burgos A, Muñoz-Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. Enferm Global. 2009;8(2):17-9.
- (6) Trujillo-Garrido N, Gradillas- García A. Cuidados paliativos. Edición al cuidado de Estudio R(g) ed. Madrid: DEXTRA Editorial S.L.; 2015.
- (7) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (Internet) Guía de cuidados paliativos. 2014. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal.
- (8) Nyatanga B. Challenges of loss and grief in palliative care nursing. Br J Community Nurs. 2016 Feb;21(2):106.
- (9) Gama G, Barbosa F, Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. Eur J Oncol Nurs. 2014 Oct;18(5):527-533.
- (10) Pascual- Fernández MC. Anxiety of nursing staff in the face of death in critical care units and its relationship with the patients' age. Enferm Intensiva. 2011 Jul-Sep;22(3):96-103.
- (11) Van Mol, Margo M C, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One. 2015 -8-31;10(8).
- (12) González Barón M, Lacasta Reverte MA, Ordoñez Gallego A. El síndrome de agotamiento profesional en oncología. Madrid: medica panamericana, S.A.; 2008.
- (13) Santisteban Etxeburu I, Mier O. Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una Unidad de Cuidados Paliativos. Med Pal. 2006;13(1):18-24.
- (14) Anderson NE, Kent B, Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death. IJNURSTU. 2015 Mar;52(3):695-704.
- (15) Heise BA, Gilpin LC. Nursing Students' Clinical Experience with Death: A Pilot Study. Nurs Educ Perspect. 2016 Mar-Apr;37(2):104-106.
- (16) Cepuch G, Citko J, Wojtas K. The level of perceived stress of parents of children with cancerous disease - mechanisms of dealing with stress and social support. Folia Med Cracov. 2013;53(2):87-97.
- (17) Harper M, O'Connor RC, O'Carroll RE. Factors associated with grief and depression following the loss of a child: a multivariate analysis. Psychol Health Med. 2014;19(3):247-252.
- (18) Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Vitoria-Gasteiz; 2008.
- (19) Miaja-Ávila M, Moral-De la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología. 2013;10(1):109-130.
- (20) Shapiro DN, Howell KH, Kaplow JB. Associations among mother-child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. Death Stud. 2014 Jan-Jun;38(1-5):172-178.

- (21) Hernando-Mesquida V, Gómez-Seijas R, Rodríguez-Enríquez M. Los niños ante la pérdida de uno de los progenitores: revisión de pautas de comunicación eficaces. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2015;12(2):417-429.
- (22) Biank NM, Werner-Lin A. Growing up with grief: Revisiting the death of a parent over the life course. *Omega (Westport)*. 2011;63(3):271-290.
- (23) Ordoñez Gallego A, Lacasta Reverte MA. 2004. El duelo en los niños (la pérdida del padre/madre). En: *Manual SEOM de Duelo en Oncología*. Madrid: 2004;121-36.
- (24) Espinosa-Marchán S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *Nure inv*. 2016 /05/01;12(82).
- (25) Tomás-Sábado J, García JTL. Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. *Enferm Clínica*. 2004;14(6):328-334.
- (26) Hoeltherhoff M, Chung MC. Death Anxiety Resilience; a Mixed Methods Investigation. *Psychiatr Q*. 2016.
- (27) Perdigon AGC, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis*. 2015 Jun 1;25(2).
- (28) Huertas-Ascencio L, Pérez-Allende SR, Avilés-Verastegui E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*. 2014 /06/06;11(1):101-115.
- (29) Templer, D. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970;82:165-77.
- (30) Lester D. SELF-CONSTRUAL AND THE FEAR OF DEATH. *Psychol Rep*. 2015 Oct;117(2):376-379.
- (31) Houck D. Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clin J Oncol Nurs*. 2014 Aug;18(4):454-458.
- (32) Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin*. 2001;11:104-9.
- (33) Tomás-Sábado J, Gómez J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gen Apl*. 2003;55:257-79.
- (34) Fernández-Aedo I, et al. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. *Enferm Intensiva*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003>.
- (35) Yoffe L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad*. 2007(7):193-206.
- (36) *Paciente terminal y muerte*. Barcelona, España: DOYMA S.A.; 1987.
- (37) Labarca CM. Sentido del humor en el adulto mayor. *TELOS*.2012;14(3):400-14.
- (38) Fernández D. Valoración de la eficacia del proyecto educativo a profesionales de salud: " Beneficios del humor en las unidades de cuidados paliativos". (trabajo fin de máster). Madrid: Universidad pontificia comillas ICAI- ICADE; 2015.
- (39) Ricarte J, Boned S. Sentido del humor y fundamentos clown como herramientas en los cuidados paliativos. *Med Pal*. 2008;15(3):171-4.
- (40) Nyatanga B. Does humour have a place in palliative care? *Br J Community Nurs*. 2014 ;19(4):202.
- (41) Ohlmann KK, O'Sullivan MI. The costs of short sleep. *AAOHN J*. 2009 Sep;57(9):387.
- (42) Hess SA, Knox S, Hill CE, Byers T, Spangler P. Exploring the dreams of hospice workers. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014 Jun;31(4):374-379.
- (43) Browall M, Hensch I, Melin-Johansson C, Strang S, Danielson E. Existential encounters: nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Dec;18(6):636-644.

Anexos

Anexo A. Folleto informativo

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

FECHA: 16, 17, 18 Mayo
LUGAR: UNIVERSIDAD SAN JUAN DE DIOS (CIEMPOTUELOS)

¿CÓMO ENCONTRARNOS?
Universidad San Juan de Dios (Ciempotueles)

¿CÓMO INSCRIBIRSE?
Manda un mensaje al Correo: mejoradelafrontamiento@hotmail.com
Rellenando:
• Asunto → Proyecto mejora afrontamiento de la muerte.
• Texto → Nombre completo
Curso

¡TE ESPERAMOS!

CRONOGRAMA...

- Teoría Sesiones (16 Mayo)
- Primera Sesión (16 Mayo)
Horario: Grupo 1 (09:00 - 11:00 H)
Grupo 2 (12:00 - 14:00 H)
- Contenido:
 - Presentación.
 - Descripción de muerte y duelo.
 - Descripción de los procedimientos sobre un muerto y el duelo.
 - Opiniones y sentimientos que surgen en muerte.
 - Opiniones y sentimientos de los procedimientos más experimentados.
- Segunda Sesión (17 Mayo)
- Horario: Grupo 1 (09:00 - 10:30 H)
Grupo 2 (10:30 - 12:00 H)
- Contenido:
 - Métodos de acompañamiento espiritual.
 - Métodos de acompañamiento espiritual por los procedimientos en caso de muerte de un paciente.
 - Métodos de acompañamiento tras los procedimientos con un muerto.
- Tercera Sesión (18 Mayo)
- Horario: Grupo 1 (09:00 - 10:30 H)
Grupo 2 (10:30 - 12:00 H)
- Contenido:
 - Evaluación de casos instrumentales.

¿PUEDO SUPERAR OBSTÁCULOS!

Anexo B. Guía del observador.

INFRAESTRUCTURA: aula_ (¿adecuada?, ¿la colocación de sillas facilita la visibilidad y participación?).

ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Contenidos y objetivos: (¿adecuadas al grupo?, ¿comprensibles?, ¿de interés para el grupo?, ¿modificados? ...).

Tiempos: (¿adecuados?, ¿sobran?, ¿faltan? ...).

Técnicas educativas: (¿adecuadas?, ¿difíciles para el coordinador o para el grupo?, ¿necesitan de aclaración? ...).

Materiales: (¿adaptadas al grupo?, ¿adaptadas al objetivo? ...).

GRUPO

Expectativas iniciales del grupo:

Asistencia:

Participación: (¿participan en los debates todos?, ¿siempre los mismos?, ¿la mayoría?, ¿nadie?)

Tipo de participación: (¿preguntas?, ¿quejas?, ¿propuestas? ...)

El grupo quiere profundizar en:

El grupo solicita información sobre:

CLIMA: (¿Se creó un clima tolerante?, ¿defensivo?, ¿participativo?, ¿creativo? ...)

FRASES, MOMENTOS SIGNIFICATIVOS:

OTRAS OBSERVACIONES:

Anexo C. Video “ángeles sin alas”.

<https://www.youtube.com/watch?v=-tBiWrERDS0&t=15s>

Anexo D. Cuestionario de satisfacción.

1. En su opinión, ¿cree que la fecha, horario, número de sesiones es suficiente y adecuado al proyecto realizado?
2. ¿Está satisfecho con los conocimientos adquiridos?, ¿Por qué?
3. ¿Cree que ha cumplido los objetivos propuestos?
4. ¿Qué es lo que más le ha gustado de las sesiones impartidas?
5. ¿Qué es lo que menos le ha gustado de las sesiones impartidas?
6. ¿Qué añadiría o suprimiría de las sesiones?
7. ¿Volvería a realizar la actividad?
8. ¿Recomendaría la actividad para otros estudiantes de enfermería?

Anexo E. Escala de miedo a la muerte de Collett- Lester.

Anexo

Escala de Medo da Morte de Collett-Lester

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	Mucho	Moderado	Nada		
1. El morir sólo	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	Mucho	Moderado	Nada		
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	Mucho	Moderado	Nada		
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....	Mucho	Moderado	Nada		
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

