



Trabajo Fin de Grado

La inteligencia emocional como principal estrategia para los profesionales de enfermería ante el proceso de morir de sus pacientes

Alumna: Paula García Pérez

Directora: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, abril de 2018

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Presentación	5
1. Estado de la cuestión	6
1.1. Fundamentación.....	6
1.1.1. La muerte y el proceso de morir: evolución histórica y principales ritos.....	7
1.1.2. Factores psicológicos y socioculturales que originan los cambios en el proceso de morir.....	8
1.1.3. El duelo y sus principales técnicas de afrontamiento.	9
1.1.4. Emociones percibidas por el personal sanitario ante la muerte.....	11
1.1.5. Recursos y estrategias ante el proceso de morir: Inteligencia emocional.....	14
1.2. Justificación.....	18
2. Población diana y captación.....	20
2.1. Población diana.....	20
2.2. Captación	20
3. Objetivos	21
3.1. Objetivo general	21
3.2. Objetivo específico	21
4. Contenidos.....	22
5. Sesiones	23
5.1. Planificación general.....	23
5.2. Primera sesión.....	24
5.3. Segunda sesión.....	25
5.4. Tercera sesión.....	26
6. Evaluación.....	27
6.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	27
6.2 Evaluación de resultados.....	28
7. Bibliografía	30
Anexos	33
Anexo 1: Cartel de captación al curso	34
Anexo 2: Folleto de información al curso	35

Anexo 3: Obsequio cinta porta-identificación.....	36
Anexo 4: Hoja de inscripción	37
Anexo 5: Hoja de confirmación de recepción de solicitud	38
Anexo 6: Hoja de asistencia al curso.	39
Anexo 7: Cuestionario Pre/Post-Intervención.	40
Anexo 8: Cuestionario de evaluación para cada sesión.....	42
Anexo 9: Test de evaluación. Primera sesión.....	43
Anexo 10: Hoja de registro del observador externo. Primera sesión.....	47
Anexo 11: Test de evaluación. Segunda sesión.	48
Anexo 12: Hoja de registro del observador externo. Segunda sesión.....	52
Anexo 13: Test de evaluación. Tercera sesión.	53
Anexo 14: Hoja de registro del observador externo. Tercera sesión.....	57
Anexo 15: Cuestionario de satisfacción final.....	58
Anexo 16: Cuestionario de evaluación a medio y largo plazo.	61

Resumen

Introducción: El proceso de morir y la muerte son sucesos naturales, universales e inevitables en la condición humana y han evolucionado a lo largo de la historia hasta percibirse en la actualidad como un tema tabú. Los enfermeros tienen dentro de sus competencias el prestar cuidados al paciente moribundo, paliando su dolor y atendiéndole con compasión para que pueda afrontar la propia muerte. Estos sanitarios, debido al contacto diario y directo con los pacientes, acaban sintiendo como propios el sufrimiento, dolor o angustia ajenos, al realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte. **Objetivo:** Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de adquirir estrategias ante el proceso de morir de sus pacientes. **Metodología:** El presente trabajo desarrolla un proyecto educativo para el personal de enfermería con el que se adquiere inteligencia emocional para poder abordar la muerte de los pacientes, sin que ésta suponga una carga. **Implicaciones para la práctica de la enfermería:** Adquirir seguridad emocional es un recurso imprescindible con el que se puede lograr evitar actitudes negativas hacia el cuidado del paciente moribundo, sin que éste llegue a deshumanizarse, además de permitir enfrentarse con facilidad a los desafíos éticos que el trabajo de enfermería supone.

Palabras clave: muerte, pesar, enfermeros, adaptación psicológica, inteligencia emocional.

Abstract

Introduction: Death and dying are natural, universal and inevitable for human being throughout history; however, this topic is still a taboo nowadays. One of nurses' competences is to care for dying patients by alleviating pain and attending with compassion, so that they can face and come to terms with their own death. However, the problem arises when these nurses sympathize with patients due to daily direct contact. Therefore, nurses end up often suffering the pain and anguish of the patients that they are caring. **Objective:** To sensitize health professionals about the importance of acquiring and using strategies in patients' dying process. **Methodology:** This research develops an educational project towards nursing professionals who will acquire a strong emotional intelligence to deal with death of patients, without it being a burden. **Implications in the practice of nursing:** Acquiring emotional confidence is an essential resource to avoid negative attitudes towards the care of dying patients so the service does not have to be dehumanized. Besides, nursing can easily face the ethical challenges of the caring service.

Keywords: death, grief, nurses, adaptation psychological, emotional intelligence.

Presentación

El proceso de morir es un acontecimiento natural y consustancial al género humano. Este fenómeno, previamente a que se produjese la actual institucionalización en los hospitales (alrededor de batas, agujas, catéteres y demás instrumental), se asumía de manera lógica y tolerable, sin concebirse como algo desesperanzador que producía ansiedad.

Partiendo de este hecho y de la incertidumbre que me generaba el no saber por qué en la actualidad no se quiere bajo ningún concepto concebir la idea de sufrimiento y se nos pretende hacer “inmortales”, me propuse adentrarme en el proceso de morir para conocer su evolución histórica así como sus principales ritos, con lo que esclarecí que la muerte es un tema tabú, que incluso me atrevería a calificar de clandestino y anónimo, ya que trata de apartarse de la propia existencia del ser humano hasta límites insospechados.

Debido a mi experiencia adquirida durante los rotatorios de prácticas, me atrevería a recalcar que existe un problema real e inminente: a pesar de la elevada cualificación del personal, así como de los numerosos avances tecnológicos existentes, no se poseen los medios adecuados para acoger a la muerte. Considero que el ayudar a morir con dignidad requiere un elevado grado de implicación emocional con el paciente y sus familiares. Además, si no se poseen suficientes recursos y habilidades en inteligencia emocional, se pone en riesgo la salud de los profesionales de enfermería.

Por lo expuesto anteriormente, como futura enfermera acudía a mi cabeza la idea de no saber controlar mis emociones ante la muerte de mis pacientes y que con ello se vieran perjudicados y deshumanizados mis cuidados enfermeros. Por ello, mi intención y principal motivación durante todo el trabajo ha sido, por un lado empaparme de estrategias y recursos para lograr un correcto afrontamiento ante el proceso de morir de mis pacientes y, por otro, lograr la sensibilización del lector para que pueda reconocer la importancia de adquirir inteligencia emocional como principal estrategia para abordar el proceso de morir.

Por último, recalcar que el desarrollo de mis ideas en este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi madre en los momentos complicados, a la que agradezco el enseñarme día a día lo que son los verdaderos cuidados y por ser para mí la persona por la que todo esfuerzo merece la pena.

Del mismo modo agradecer a mi tutora Araceli Suero de la Hoz por guiar mi rumbo durante todo este viaje en el que nos embarcamos, por haber confiado en mí, por haberme aportado constantes muestras de ánimo durante todo este tiempo y por ser tan excepcional en lo profesional y lo personal.

1. Estado de la cuestión

1.1. Fundamentación

En la etapa final de la vida acontece el fenómeno de la muerte que tanto preocupa al ser humano. Es necesario por ello, que para lograr su correcta comprensión se realice un exhaustivo análisis sobre la misma (1).

En el contenido de este trabajo se muestra la evolución del fenómeno de la muerte, se recogen los distintos sentimientos y emociones que la muerte puede generar y se relacionan con los percibidos por el personal sanitario ante la muerte de sus pacientes. Por último, se aportan recursos y estrategias, como la inteligencia emocional, para su correcto abordaje.

Para la elaboración del presente trabajo se recurrió principalmente a bases de datos primarias como PubMed, CUIDEN, EBSCO, SciELO y Dialnet, a través de las que se obtuvo acceso a literatura científica en formato digital. Asimismo, se consiguió información en formato papel a través de libros facilitados por la Biblioteca de la Universidad Pontificia de Comillas y otras bibliotecas de referencia.

Durante la búsqueda se utilizaron operadores booleanos como “and” (para localizar todos aquellos términos especificados), “or” (para localizar los registros que incluyeran cualquiera o todos los términos especificados), “not” (para excluir aquellos registros en los que constara el primer término pero no el segundo) y diversos paréntesis para focalizar la búsqueda. Del mismo modo, se utilizaron operadores de posición (SAME, WITH, NEAR, ADJ), con los que se permitió conectar determinadas palabras y frases dentro del mismo campo de búsqueda y operadores relacionales (>, <, ≥, ≤) gracias a los cuales se realizó la búsqueda de expresiones numéricas. También se utilizó el truncado de términos con el uso del “*” para recuperar en la base de datos todos aquellos términos que incluían esa raíz.

Se utilizaron tesauros MeSH y DeCS lo que permitió localizar términos más específicos como “death”, “grief”, “emotional intelligence”, “nurses”, “adaptation psychological”, “funeral rites”, “funeral rites history”, “emotional intelligence history”, “elements emotional intelligence”, “grief nurses”, etc. También fue preciso utilizar distintos filtros de búsqueda como “Palabras clave en título y/o resumen”, “Publicado en los últimos 10 años” e “Idioma: Inglés”.

1.1.1. La muerte y el proceso de morir: evolución histórica y principales ritos.

La muerte y el proceso de morir, al igual que el fenómeno del nacimiento, son procesos naturales, universales, inevitables e incluso imprescindibles en la condición humana. (2, 3).

Se dice que la muerte tiene un sentido muy plural pues su concepto ha dependido siempre de cada civilización. Así lo muestran distintos estudios que la han analizado en función de sus connotaciones y sus rituales (3-6):

- Para los egipcios la muerte era considerada como el eje central de sus formas de vida.
- En la Edad Antigua, para Grecia y Roma, el entierro era un deber sagrado por el cual se permitía al alma vagar en un eterno descanso.
- Para Sócrates (470 a.C.) la muerte era un bien no temido ya que se concebía como un eterno descanso y era el principio de una felicidad que permitía entrar en contacto con los antepasados.
- Durante la Edad Media (siglos V al XV) la familia y amigos acompañaban al fallecido en sus funerales y ritos de despedida con cierta desesperación, pero manifestando elogios al muerto en una ceremonia con alegría y risa.
- En la Edad Moderna (siglos XV al XVIII) se evitaron las manifestaciones de dolor y se hizo extensivo el color negro en los ritos. El proceso de morir se consideraba como un método que aplacaba el sufrimiento de toda enfermedad, así como de los dolores que ésta produjese.
- En la Edad Contemporánea (siglos XIX y XX) la muerte pasa a concebirse como algo natural y familiar que ocurría en los hogares, llegándose incluso a hacerse fotografías mortuorias.
- En el siglo XX el filósofo Heidegger concibe la muerte como un fenómeno que se comprendía a través de la existencia, de tal modo que la muerte era la encargada de dar sentido a la vida, ya que sólo enfrentarse a ella, suponía descubrir el valor de la misma.

- En la actualidad, la muerte se aparta de los domicilios, los funerales se hacen en los tanatorios y es considerada un tema tabú. Además, se concibe como un hecho solitario, impersonal y que ocurre casi siempre en un escenario sanitario por lo que es tratada con actitudes menos maduras como son la negación, el rechazo o el encubrimiento.

1.1.2. Factores psicológicos y socioculturales que originan los cambios en el proceso de morir.

El proceso de morir ha evolucionado a lo largo de la historia hasta alcanzar un claro retroceso, el cual se relaciona con distintos factores psicológicos y socioculturales (1):

Cada vez se tolera menos la frustración y se ansía conseguir el bienestar en todo momento, “aquí y ahora”. Esto, acompañado de que en las últimas décadas la esperanza de vida se ha incrementado notablemente, hace que la increíble y esperada inmortalidad se vea cada día más al alcance de las manos. Esta “fantasía de inmortalidad” parece ser el resultado de un delirio por el que se opta por apartar la muerte a los cementerios, siempre alejados del medio urbano, porque sólo así se cree que la muerte no podrá alcanzarnos (1).

Las nuevas tecnologías junto a los medios de comunicación de masas no dejan de inculcar reiteradamente la idea de alcanzar la eterna juventud con toda clase de operaciones o tratamientos para evitar que la población envejezca y se logre imitar la conducta de todos aquellos prototipos guapos y jóvenes. Incluso, se ha llegado al extremo de intentar resistirse a la muerte con todo tipo de tecnologías, métodos y prótesis, aunque con ello sólo se consiga perpetuar la vida como un vegetal (1,4,7).

Además, gracias a los numerosos avances de la tecnología y las mejoras en el ámbito de la medicina, se ha logrado controlar y disminuir los brotes de las epidemias, hambrunas y la mortalidad infantil, lo que ha provocado una menor mortalidad aparente. Todo esto tiende a que la población se crea capaz de resistirse a los efectos de la muerte (1).

Del mismo modo, la espiritualidad y el sentido trascendente han perdido importancia llegando a confundirse el ser feliz y poder gozar, con el ser y tener. Así, la vida pierde sentido y con ello también se pierde el sentido de la muerte (1).

Por último, uno de los factores más importantes que originan este retroceso en el proceso de morir, es la educación para la muerte. Ésta cada vez está más reducida, sin existir modelos o referentes de los que poder copiar o imitar ciertas conductas. Por esto, autores como Gala León y Lupiani Jiménez, creen que sería necesario un aprendizaje social

que pudiera de algún modo preparar y marcar un camino correcto a seguir hacia el propio final, siendo esto un gran reto debido a que la sociedad percibe la muerte como un fracaso, un proceso que es vergonzante y que siempre se ha de ocultar (1).

1.1.3. El duelo y sus principales técnicas de afrontamiento.

El proceso de morir se percibe como una grave crisis que afecta al propio individuo y a todo el entorno con el que se relaciona (8).

Existen distintos estudios que muestran cómo el miedo y la ansiedad son los principales mecanismos de defensa que pueden suceder en los siguientes contextos: no poder controlar una situación, tener incertidumbre que conlleve a la soledad o el aislamiento debido a la enfermedad, desconocer qué ocurrirá a los familiares tras el propio fallecimiento, tener dudas sobre qué hay más allá de la muerte... Además, son estas situaciones las que suelen desencadenar un verdadero dolor y sufrimiento (1, 9,10).

El escritor Antonio Gala expresa que ante el dolor, definido como aquel sentimiento intenso de pena y tristeza, si se muestra resistencia surge el sufrimiento, considerado éste como emoción aún más grave, ya que se refiere a un malestar íntimo y propio de la persona que sufre una pérdida, desgracia, desengaño o incluso frustración (8).

Todos estos sentimientos de miedo, ansiedad, dolor y sufrimiento son las respuestas previas más comunes que se producen al enfrentarse al proceso de morir y que, por tanto, preceden al duelo (11, 12).

El duelo se define como todo proceso de adaptación tras una pérdida, ya sea relacional (una persona), material, evolutiva (por cambios de etapa de la vida) o de capacidad (física o mental), que se considera importante y la cual implica un proceso doloroso que, con el tiempo, obliga a todos los individuos implicados a desarrollar nuevos significados y a asumir nuevas tareas o roles (13).

Distintos autores expresan la importancia del duelo en numerosos sentidos: todo proceso de duelo conlleva un luto, considerado como vivencia social por la que se permite expresar la tristeza y el dolor sentido por la muerte de un ser querido. Además, supone enfrentarse a la realidad y aprender a vivir sin esa persona, para posteriormente poder interesarse por la vida y por todos aquellos que aún siguen vivos (1,5).

Lindermann define el duelo inmediato como aquel que se compone de problemas somáticos, preocupaciones por la muerte del fallecido, culpa y reacciones hostiles que llevan a una pérdida de patrones de conducta. Para Bowlby todo duelo atraviesa las siguientes fases de: embotamiento, anhelo y búsqueda del referente perdido, seguida de una

desorganización y desesperación que se ven contrarrestadas con la etapa final de reorganización (5).

Uno de los modelos de las fases de duelo más reconocido es el propuesto por la autora Kübler-Ross, quien basándose en su dedicación completa al enfermo moribundo, fue capaz de agrupar las reacciones, sentimientos y emociones vividos durante el proceso de morir, en las siguientes fases (5):

- La *negación*: es la defensa provisional y amortiguadora ante una mala noticia por la que la persona no acepta la situación.
- La *fase de ira*: es el sentimiento de rabia y hostilidad contra el mundo y toda persona que lo rodea.
- La *fase del pacto*: consiste en la negociación de algo especialmente importante y difícil para una persona a cambio de un favor como puede ser la prolongación de su vida, la disminución del dolor o el poder realizar una determinada tarea por una ocasión más.
- La *fase de depresión*: es la que viene acompañada de sentimientos como indefensión, pena o impotencia al concebir un claro empeoramiento y al no ser posible continuar con la negación de determinados sucesos.
- La *fase de aceptación*: es la última de las etapas reconocidas, por la que el miedo y la angustia desaparecen, siendo sustituidos por la paz y la calma.

Dado que duelo es diferente para cada persona, en cuanto que cada una lo vive con una diferente intensidad y no todas sus etapas aparecen o se dan en el mismo orden, se ha llegado a afirmar que no existen dos duelos iguales ni tampoco dos afrontamientos que se parezcan (5,14).

Autores como Conangla y Frank afirman que el verdadero recurso para el correcto afrontamiento del duelo y de aquellas emociones que lo preceden, consiste en tener un contacto real y profundo con otro ser humano ya que solo esto puede hacer menos dura la travesía del final de la vida (8, 15).

Worden distingue cuatro tareas para enfrentarse al duelo: la aceptación de la realidad, trabajar las emociones y el dolor que supone la pérdida, adaptarse a un medio en que el fallecido se encuentra ausente y, por último, lograr recolocar emocionalmente al fallecido para seguir viviendo la propia vida. Neymer, por otro lado, analiza el duelo de

modo constructivo estableciendo la necesidad de reconocer la realidad de la pérdida, para poder, posteriormente, abrirse al dolor (5).

Ante el afrontamiento del dolor, sufrimiento y duelo, existen distintos resultados y conclusiones en los que se plantea cómo estos sentimientos se ven reducidos en aquellas personas que, por un lado buscan un sentido espiritual, lo que les permite aportar más luz al sentido de la propia existencia; y, por otro, ven morir a otra persona o guardan relación con ella en su etapa final (14).

Entre las diferentes estrategias y estilos de afrontamiento de los problemas se encuentran (8):

- El *estilo pasivo*: favorece la huida y la no-acción. Se tiene como estrategia simular que no existe un problema y que no pasa nada, siendo considerada una posición infantil e inmadura ya que se renuncia a tratar el tema en cuestión.
- El *estilo agresivo*: puede complicar las relaciones personales de los implicados en la crisis. La ira, generada por la pérdida, se convierte y da lugar a una conducta agresiva hacia todas las personas que están alrededor. Es frecuente que cuanto más confianza exista en la relación, mayor sea la agresividad que se manifiesta. Así, es importante que el cuidador no se tome la agresión como una cuestión personal sino como un mero trámite de la fase de crisis que se atraviesa.
- El *estilo asertivo*: es el único capaz de dejar a la persona ser ella misma. Es el estilo más sano emocionalmente, ya que es el único capaz de permitir identificar y expresar todo aquello que se siente, respetándose los derechos de las demás personas sin herirlas. Por esto, es considerado uno de los más difíciles de utilizar.

1.1.4. Emociones percibidas por el personal sanitario ante la muerte.

La etapa de transición de la vida hacia la muerte tiene grandes repercusiones no solo para el enfermo que la padece directamente, sino también para sus familiares, incluso para el personal sanitario que pasa tiempo junto a él. Así, son los profesionales de enfermería quienes, teniendo una participación más directa en los cuidados, conviven más de cerca con la muerte y con numerosas situaciones que son difíciles de afrontar (2,16).

En la profesión sanitaria, los enfermeros poseen dentro de sus funciones el satisfacer las necesidades biopsicosociales de los individuos a su cargo, así como el atender emocionalmente al paciente, la familia y a los miembros de la comunidad (17):

- Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), tal y como recogen distintos artículos del año 2000, el personal de enfermería debe estar presente en el cuidado y acompañamiento del paciente moribundo: «El alivio del dolor y del sufrimiento es una responsabilidad fundamental de la Enfermería. Las enfermeras reciben formación experta en la gestión del dolor, en los cuidados paliativos y en la ayuda de las personas en su trato con el dolor, la muerte y los moribundos» (4).
- Según el Código Deontológico Español, en su Capítulo III, Art.18, se recoge entre los distintos deberes y competencias de la enfermera el prestar cuidados al paciente moribundo incluida su familia: «Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad del profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que pueda afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse» (18).

Dado que los enfermeros tienen dentro de sus competencias el proporcionar cuidados al final de la vida, se hace imposible que estos sanitarios no tengan un gran impacto emocional (19).

Asimismo, el cuidado día a día hace que se cree un vínculo muy cercano con el paciente, en el que se genera ansiedad y miedo ya que el trato cercano hace vivir las emociones y miedos del paciente, como si de los propios se tratase. Esto genera ansiedad y se ve reducida la capacidad de tolerancia al estrés, lo que puede acabar ocasionando Síndrome de Burnout (4,19). El problema se plantea cuando, además, estos sentimientos pueden influir negativamente en la calidad de los cuidados prestados (20).

Se cree necesaria la medición del miedo y la ansiedad que sufre el personal sanitario ante el proceso de la muerte, para que no suponga un deterioro en los cuidados ofrecidos a los pacientes. Así, existen diversos métodos con los que se pueden evaluar estos sentimientos y emociones, ya sea mediante entrevistas, escalas o cuestionarios. Las más habituales son la “Escala de miedo a la muerte de Boyar”, “Escala de miedo a la muerte de Collet/Lester”, “Escala de actitudes ante la muerte de Lester”, y sobre todo la más utilizada, la “Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)”. Ésta última se compone de los siguientes elementos fundamentales: la preocupación por las reacciones intelectuales y emocionales ante la muerte, la inquietud por el cambio físico, el percatarse y preocuparse por el paso del tiempo y la preocupación por el dolor y el estrés que acompañan a la enfermedad y a la muerte (1,21,22).

Gracias al análisis y medición de las emociones, en base a las escalas, se pueden esclarecer las ideas, sentimientos y actitudes que los profesionales tienen ante la idea de muerte. Algunos de los resultados extraídos de numerosos estudios muestran las siguientes actitudes en el colectivo enfermero: unos prefieren no mencionar la idea de muerte ni las patologías o males que la pueden producir; otros optan por enmascarar la verdad a sus pacientes para evitarles un sufrimiento desproporcionado, participando junto a sus familiares en la llamada conspiración de silencio; además de aquellos que prefieren no mantener la mirada al enfermo o se comunican inadecuadamente (1,23).

Estas actitudes evidencian la clara existencia de miedo ante la muerte que sufren los profesionales sanitarios. Esto se traduce y se agrava, en muchas ocasiones, por las consecuencias que acarrearán: una deshumanización del cuidado y un aumento de la tecnificación lo que lleva a un fracaso terapéutico (23,24).

La bibliografía es clara y muestra cómo es, especialmente en unidades de cuidados paliativos, cuidados intensivos y unidades oncológicas, donde las enfermeras se enfrentan con mayor frecuencia a la muerte de sus pacientes (13).

En este tipo de unidades se han realizado estudios cuantitativos, descriptivos y comparativos donde se sacan las siguientes conclusiones: el haber prestado cuidados a personas moribundas, así como frecuentar la realización de los mismos, son elementos que determinan el miedo y la ansiedad ante la muerte (14). También, se demuestra con un 98% de confianza que las mujeres, en cualquiera de estas unidades, poseen más niveles de ansiedad que los hombres y no parecen encontrarse diferencias significativas entre el nivel de ansiedad ante la muerte y la edad, pero sí se hallan diferencias entre el nivel de ansiedad y el tipo de personalidad, así como las estrategias que posee cada individuo para afrontarlo (25).

Además, existen claras diferencias en el cuidado entre niños y adultos. Los profesionales dicen implicarse más en el trato con niños hospitalizados, llevándose esto a la esfera personal. Así, se muestra una mayor ansiedad, frustración e impotencia ante el proceso de morir de un niño que en el de un adulto (14).

Asimismo, se muestra en los estudios cómo la ansiedad percibida en estas situaciones depende de las experiencias y vivencias que se hayan tenido. Así, en función de la aceptación del fracaso, existe una determinada repercusión en la integridad de la persona y en el contenido de los cuidados, siendo los principales condicionantes de un fracaso terapéutico los vínculos creados por el proceso asistencial directo, la falta de experiencia o madurez y la empatía entre el profesional y el usuario (24).

Al analizar la bibliografía existente se plantea la necesidad de establecer una serie de recursos y estrategias para el personal sanitario, especialmente en unidades paliativas, críticas y oncológicas, con los que se pueda hacer frente a un correcto cuidado del enfermo moribundo, así como a las situaciones de ansiedad que este proceso conlleva (13,14,23).

1.1.5. Recursos y estrategias ante el proceso de morir: Inteligencia emocional.

La enfermería se considera una profesión de atención, cuidado y apoyo al paciente y sus familiares, lo que requiere una inmensa estabilidad emocional para hacer frente al manejo de numerosas situaciones estresantes, en especial la muerte (26). Se necesitan no solo habilidades clínicas y teóricas, sino que es preciso conocer distintas estrategias emocionales que permitan mantener una correcta relación sanitario-paciente-familia (20).

Numerosos artículos hacen referencia a que el duelo que sufren los enfermeros, tras la muerte de sus pacientes, supone una clara amenaza para la salud incluso para su desempeño laboral. Suelen aparecer sentimientos de tristeza y ansiedad ante la pérdida, con lo que se dificulta dar un sentido a la muerte, manejar las propias emociones e, incluso, realinear las relaciones que pueden verse afectadas a raíz de la pérdida (13).

Existen dos teorías que ayudan a los enfermeros a comprender el duelo de sus pacientes: por un lado, la “Teoría Psicoanalítica” que vincula el duelo no resuelto con la depresión, así como la dificultad o incapacidad para iniciar nuevas relaciones sociales; y por otro, la “Teoría Existencial” que enfatiza las oportunidades de crecimiento asociadas a saber enfrentar la idea de muerte. El duelo desencadenado en el colectivo de enfermería puede producir una sensación de fracaso, al cuestionarse las propias competencias. Así, la teoría existencial pretende reexaminar los propios valores y prioridades de la persona, ya que el individuo que trata de cerca la muerte reconoce y da importancia al sentido de la vida y a la singularidad del dolor (13).

Tal y como refleja una investigación de Texas y distintos estudios realizados a menor escala en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se reconocen, no sólo las limitaciones existentes en los espacios físicos que acogen a la muerte, sino sobre todo, el no sentirse bien formados para poder actuar ante este tipo de situaciones (27,28).

Hutchison y Shermans mostraron resultados muy positivos tras la realización de un curso de seis horas sobre cómo afrontar la muerte (20); siendo muchas las enfermeras que solicitaban apoyo para aminorar su propio dolor ante el trato con los pacientes moribundos (29).

Diversos artículos coinciden en que la experiencia de la muerte es muy dura, haciéndose hincapié en tener suficientes pautas y mecanismos de afrontamiento a través de una formación adecuada (30-33). Se avala con esto la necesidad de que se desarrollen competencias específicas para poder lidiar con el proceso de muerte y conseguir evitarse así la concepción del fallecimiento como un fracaso personal (34).

La necesidad de programas educativos sobre Inteligencia Emocional (IE) que permitan el dominio de las situaciones, así como el desarrollo de habilidades en comunicación, es real. Esto ha demostrado que no sólo facilita el rendimiento entre los enfermeros, sino que contribuye a la longevidad en la carrera profesional, ya que disminuye el estrés laboral (35-37).

Las experiencias tanto personales como profesionales del duelo, pérdida y aflicción son imprescindibles para poder aprender el correcto cuidado del paciente moribundo. Se recomienda potenciar la IE trabajando desde el optimismo y la autoestima para disminuir el desgaste y poder proporcionar los mejores cuidados (38). Saber manejar el afecto, gestionando los sentimientos negativos de llanto, tristeza, ira o ansiedad que vayan surgiendo en las diferentes etapas y realinear cualquier relación que se haya visto afectada sin que se perturbe o se ocasionen obstáculos en el resto del equipo sanitario, son algunos de los objetivos que se pueden conseguir en base a una buena IE (13).

El concepto de IE fue introducido por Salovey y Mayer en la década de los 90 como la capacidad de la persona para interpretar y comprender sus propias emociones y las de los demás, lo que permite actuar con diligencia. La IE implica una serie de destrezas y habilidades como son la percepción, valoración y expresión de las emociones y la comprensión y análisis seguida de una correcta regulación de las mismas (39). Más recientemente, en el año 2010, Cherniss define la IE como la capacidad de ejecutar todo pensamiento abstracto, aprendiendo y adaptándose a un entorno (40).

Esta concepción de IE tiene su origen en la conocida “Teoría de la inteligencia múltiple” de Howard Gardner. Antes de esta teoría, allá por 1920, se hablaba de “Inteligencia social” atribuido este concepto a Thorndike (40).

Gardner en el año 1983, distingue en su teoría dos formas importantes de inteligencia (8,40):

- La *inteligencia interpersonal* es la parte de la inteligencia emocional que necesita la empatía y las habilidades sociales para traducir el significado del lenguaje no verbal de las personas con las que se interacciona. Consiste en la capacidad de comprender y captar cuáles son los elementos motivantes, para poder detectar cuál es la mejor forma de cooperar.

- La *inteligencia intrapersonal* es la que nos permite configurar una imagen exacta y verdadera de uno mismo y capacita para utilizar esta imagen y actuar en la vida del modo más eficaz. Cuanto más abierta se halle una persona a las propias emociones, mayor será la destreza en la comprensión de los sentimientos de los demás.

Así, se ha llegado en la actualidad a distinguir dos tipos principales de IE: la IE de habilidad, encargada de fusionar las disposiciones, comportamientos y autopercepciones para manejar toda aquella información cargada de emociones y la IE cognitiva que viene a representar la capacidad que cada individuo tiene de reconocer y procesar la información emocional (40).

Weisinger en 1998 sugiere que este tipo de IE es necesaria para poder interactuar en el entorno laboral y poder tener relaciones sociales eficaces. La literatura científica insiste de manera especial en tener que relacionar la IE con el liderazgo del trabajo en equipo. Solo de este modo se puede alcanzar un ambiente que genere confianza, identidad y sentido de pertenencia al grupo (39).

De forma reiterada se afirma que la IE es de útil aplicación para el colectivo de enfermería, quedándose este hecho corroborado por los estadounidenses, quienes ya la incluyen en su plan de estudios. Se ha demostrado cómo el estrés está relacionado con las condiciones del trabajo debido a que las exigencias del medio son muy elevadas. Esto puede generar un desgaste en el profesional que, según Limonero, puede ocasionar graves efectos negativos para la salud (39,41).

Otros autores afirman que la IE es una habilidad que se relaciona íntimamente con el estrés laboral, además de influir en la realización personal, lo que se traduce en tener una mayor estabilidad y mejor capacidad para expresar sentimientos (26,42,43).

Según Lazarus y Kolkman el estrés es la relación amenazante y desbordante entre el individuo y su entorno y sobre la que, si no se poseen los suficientes recursos, se puede poner en peligro el bienestar de la persona. Dicho de otro modo, el estrés se percibe como el desequilibrio que surge entre las demandas y las exigencias del medio. Asimismo, Seyle ya definía el estrés, en los años 50, como una respuesta inespecífica del cuerpo ante un estímulo que se percibe como nocivo. Así, la IE es un elemento clave para el afrontamiento de situaciones estresantes y para poder proporcionar el mejor cuidado al enfermo hospitalizado, ya que mejora las relaciones interpersonales (39,42).

Tsaousis y Nikolau analizaron la relación entre la IE y la salud física y psíquica, percibiendo cómo había una correlación negativa entre la IE y estado de salud. Tras el estudio se afirma como la IE influye en la satisfacción laboral: a mayor satisfacción laboral, mayor es el rendimiento en el trabajo, lo que ocasiona un feedback positivo y se evita con

ello el desgaste emocional (41).

La IE se basa en la autoconciencia, término introducido por Goleman, que se compone de tres pilares fundamentales: la conciencia emocional, la autoevaluación y la autoconfianza. Pero la autoconciencia debe interactuar siempre con la autocompasión (44).

Según Neff, la autocompasión permite el acercamiento a uno mismo con preocupación, calidez, sensatez y sin prejuicios, aceptando que las experiencias negativas forman parte de la vida de los seres humanos. Permite el manejo de las emociones con interés, ternura y de manera consciente. Otros estudios demostraron cómo la autocompasión, además de asociarse positivamente con las relaciones sociales, la conciencia de uno mismo, la aceptación y la superación, también se asociaba negativamente a la autocrítica, depresión o ansiedad (35).

El aprendizaje reflexivo es la clave para desarrollar la IE, y poder con ello adquirir habilidades que permitan el desarrollo de la autoconciencia y de la conciencia social. Esto queda recogido en el marco de competencia emocional “Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations” del año 2016 (44).

La autora Mercé Conangla afirma que quien no se conoce a sí mismo y no mantiene un buen equilibrio afectivo, no podrá ser capaz de establecer una correcta relación de ayuda. Define la inteligencia afectiva como el resultado de aplicar un conjunto de competencias emocionales a la vida diaria, de forma que se logren ventajas adaptativas que ayuden a conseguir los objetivos con una mayor satisfacción vital. Los cinco grupos de habilidades que comprende la inteligencia emocional son: (8).

- El *autoconocimiento*: es la capacidad que permite detectar cuáles son las conductas que dificultan la felicidad y causan sufrimiento. El autoconocimiento comprende la autoestima, la confianza en las propias capacidades y valores, la conciencia emocional de aquello que se siente captando sus diferentes matices y el reconocimiento de los efectos de todo cuanto afecta a uno mismo.
- El *autocontrol*: consiste en ser capaz de reconocer qué se siente y expresarlo a la persona adecuada, en el momento oportuno, de la forma apropiada y con el propósito justo. Supone saber controlar los propios impulsos destructivos, resistirse a las tormentas emocionales y tener capacidad para gestionar el estrés y tranquilizarse. Para ello se ofrecen las siguientes estrategias: detenerse (hacer una parada y respirar lentamente), calmarse, pensar (reconocer el propio estado

emocional del momento), avanzar (buscar una respuesta reflexiva y no reactiva de la situación) y actuar (siempre tras realizarse las etapas anteriores).

- La *automotivación*: es considerado el “motor” de todo viaje. Supone, tal y como refiere Lou Marinoff, preguntarse así mismo “¿Qué puedo aprender de esto?”. Implica tener compromiso, iniciativa, optimismo y voluntad. Sólo así se puede persistir en la búsqueda de las propias metas y en su consecución.
- La *empatía*: es la toma de conciencia de los sentimientos, necesidades y problemas de los demás. Engloba los siguientes elementos: detección de las expectativas del otro, anticipación y reconocimiento de sus necesidades, desarrollo de los demás, valoración de la riqueza que proviene de las diferencias individuales y la capacidad de efectuar una lectura emocional y relacional de un grupo.
- Las *habilidades de relación*: implican poseer una comunicación de calidad. Ésta no se improvisa, sino que se basa en el entrenamiento del buen uso de las palabras y los silencios, así como en la mejora del lenguaje corporal. En este grupo es especialmente importante la comunicación asertiva con la que se logre de manera respetuosa expresar aquello que se necesita, se desea o se siente.

Conangla además, expresa que para lograr una IE se debe trabajar las dimensiones “saber ser” y “saber estar” para autoayudarse y ser capaces así de proporcionar una ayuda de calidad. Por esto, se considera que todas las habilidades anteriores son las idóneas para desarrollar un equilibrio personal y permitir enfrentarse a los retos que supone estar en contacto con las personas que sufren (8).

1.2. Justificación

Los enfermeros debido al contacto diario y directo con los pacientes se comunican y empatizan con éstos, de tal modo, que acaban sintiendo como propios el sufrimiento, dolor o angustia ajenos al realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte (17).

Tal y como se recoge en distintos artículos del CIE o del Código Deontológico de la Enfermería Española, el personal de enfermería posee dentro de sus deberes y obligaciones el prestar cuidados al paciente moribundo, paliando su dolor y atendiéndole con compasión para que pueda afrontar la propia muerte (4,18). Así, queda claro que aunque los enfermeros, gracias a las numerosas tecnologías existentes, pretendan resistirse a la

muerte y no sean capaces de mirarla cara a cara, deben enfrentarse a ella ya que poseen las suficientes competencias, quedándose así estipulado en organismos oficiales superiores (4).

Del mismo modo, el cuidado al paciente moribundo puede provocar desafíos éticos para los enfermeros, en especial en servicios de cuidados intensivos o de emergencias. Por ello, los sanitarios consideran que el trato con la muerte de sus pacientes es un trabajo emocionalmente muy exigente y por el que, en muchas ocasiones, se desarrollan actitudes negativas de evitación hacia el propio cuidado (20).

Distintos estudios muestran como el distanciamiento que tiene el colectivo enfermero hacia el paciente que va a fallecer, provoca sentimientos de ansiedad, miedo, impotencia y frustración al no poder desarrollar sus competencias con total libertad, ya que se ponen de manifiesto distintos mecanismos psicoafectivos de defensa ante un duelo que se percibe próximo (45).

La realidad muestra como al dejarse llevar por el desierto de emociones negativas (al tratar de cerca con la muerte y debido a la implicación emocional tan sublime), los profesionales deshumanizan, sin quererlo, sus cuidados, ya que evitan hablar de temas en los que se prevé la muerte, no miran a sus pacientes a la cara e incluso enmascaran la verdad, siendo éstos los principales motivos por los que diversos estudios avalan la necesidad de adquirir una serie de estrategias y recursos que logren hacer ver la muerte como algo natural y que consigan no deshumanizar los cuidados enfermeros (1,19).

Finalmente y tal y como se demuestra en la bibliografía revisada, se justifica el desarrollo de un proyecto educativo que logrará la sensibilización del personal sanitario y proporcionará estrategias de afrontamiento, en base a la inteligencia emocional, para poder abordar el proceso de morir de los pacientes, sin que éste suponga una carga.

2. Población diana y captación

2.1. Población diana

Se pretende desarrollar y ofrecer un proyecto educativo cuya población diana será el personal enfermero de servicios especiales, al ser éstos los profesionales que se encuentran más sometidos al estrés y sufrimiento por la muerte de sus pacientes.

La población accesible será el personal de enfermería de la Unidad Coronaria del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

2.2. Captación

Para su captación se pretende, en primer lugar, realizar una correcta comunicación con la coordinadora del departamento de formación continuada del propio centro hospitalario, así como con la supervisora de dicha unidad. Para ello, de manera presencial se explicarán de modo claro y sencillo los objetivos que se pretenden alcanzar con dicho proyecto, así como las evidencias científicas que muestran, no solo cómo en dicha unidad se requieren estrategias de abordaje y afrontamiento de la muerte, sino que se expondrán las ventajas que supone el adquirir tales recursos para el correcto desempeño de las competencias.

Tras la charla o coloquio con los responsables durante el mes de septiembre de 2018, se hará la entrega de carteles (Anexo 1) y folletos (Anexo 2), con los que se pretenderá captar la atención de los profesionales en base a ilustraciones llamativas y con una breve descripción de los principales contenidos que se abordarán. Asimismo, se hará entrega de un pequeño obsequio previo a su inscripción (Anexo 3).

Una vez proporcionados los anteriores elementos se abrirá un plazo de inscripción de aproximadamente quince días de duración, para lo que se facilitarán hojas de inscripción (Anexo 4) al coordinador del centro.

Tras finalizar el plazo de inscripción y teniendo en cuenta los propios turnos de los trabajadores, se enviará un email a cada participante, en el que constará la confirmación de asistencia, así como un listado que indique a qué grupo se pertenecerá (Anexo 5). En el caso de necesitar otra fecha, podrá permutarse la plaza con la de otro compañero, siempre habiendo enviado antes un mensaje al correo facilitado en el propio folleto.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de adquirir recursos y estrategias ante el proceso de morir de sus pacientes.

3.2. Objetivo específico

Área cognitiva (Saber)

- Definir y comparar los distintos estilos de afrontamiento del dolor, sufrimiento y duelo: pasivo, agresivo o asertivo.
- Enumerar y explicar las principales fases de duelo más reconocidas.
- Describir la importancia de adquirir inteligencia emocional para el correcto desempeño del cuidado de pacientes en el final de la vida.
- Identificar los cinco grupos de habilidades que componen la inteligencia emocional.

Área de habilidades (Saber hacer)

- Demostrar cómo se pueden moderar los sentimientos incontrolables producidos ante la muerte.
- Practicar un estilo de afrontamiento asertivo ante el dolor, sufrimiento o duelo producidos.
- Ejecutar los conocimientos adquiridos mediante simulaciones grupales.
- Realizar un aprendizaje reflexivo y autocrítico en base al autoconocimiento, autocontrol, motivación, empatía y habilidades de relación y comunicación.

Área afectiva (Saber ser)

- Expresar sus inquietudes ante la muerte.
- Afirmar y compartir su motivación a la hora de adquirir recursos y estrategias de afrontamiento.
- Comunicar la problemática existente ante el desarrollo de las nuevas habilidades adquiridas.
- Compartir su seguridad emocional con el resto de integrantes del grupo.

4. Contenidos

Bloque I: La muerte y el proceso de morir.

- Breve recorrido histórico: evolución y principales ritos en el proceso de morir.
- Factores psicológicos y socioculturales que motivan los cambios en la concepción de la muerte.
- Descripción, análisis y reconocimiento de los distintos tipos de afrontamiento del dolor y sufrimiento: estilo pasivo, agresivo y asertivo.
- Descripción de los modelos y fases de duelo más reconocidos mundialmente.
- Técnicas de reconocimiento de la fase de duelo por la que se está pasando.

Bloque II: Ansiedad, dolor, sufrimiento y duelo en el personal sanitario.

- ¿Por qué tratar al enfermo moribundo o terminal? Enumeración de competencias enfermeras en relación al duelo según el CIE y Código Deontológico Español.
- Evidencia científica sobre la ansiedad, sufrimiento y duelo en profesionales de UCI.
- El miedo como mensaje protector que supone una amenaza.
- Cómo conocer y manejar los propios sentimientos y emociones negativas.
- Método para moderar sentimientos incontrolables.

Bloque III: Recursos y estrategias ante el proceso de morir. Inteligencia Emocional

- ¿Qué es la Inteligencia emocional y por qué aporta seguridad emocional?
- Descripción y análisis de los cinco componentes de la inteligencia emocional: autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades de relación.
- Claves para forjar la inteligencia emocional:
 - 1º.- Controlar el temperamento
 - 2º.- Aliviar la sensibilidad
 - 3º.- Sacar partido a las propias costumbres
- ¿Cómo conservar la inteligencia emocional? Técnicas para sentirse más seguro y positivo.

5. Sesiones

5.1. Planificación general

Teniendo en cuenta los datos recogidos en el organigrama del servicio del hospital, la plantilla cuenta con un número de 18 enfermeros divididos entre los turnos de mañana, tarde y noche, por lo que se pretende dividirlos en dos grupos para favorecer la disponibilidad de cambios de turno y mejorar la dinámica grupal.

Cronograma

Se muestra en la siguiente tabla el cronograma para los grupos A y B, cuyas fechas serán en semanas consecutivas. Quedan pendientes por determinar la fecha y hora de realización, según la disponibilidad del centro:

Fecha	Hora	Contenidos
Lunes	2 horas	Bloque I: La muerte y el proceso de morir.
Miércoles	2 horas	Bloque II: Ansiedad, dolor, sufrimiento y duelo en el personal sanitario.
Viernes	2 horas	Bloque III: Recursos y estrategias ante el proceso de morir. Inteligencia Emocional.

Características y nº de participantes

Cada grupo (A y B) contará con un número de 9 enfermeros, lo que hacen un total de 18 participantes.

Características y nº de docentes

- 1 enfermera.
- 1 psicoterapeuta especializada en el desarrollo personal y en autoayuda.

Lugar de celebración

Sala de reuniones de la Unidad Coronaria, en la segunda planta de la zona izquierda del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

5.2. Primera sesión

Título: La muerte y el proceso de morir

Contenidos:

- Breve recorrido histórico y cambios en la concepción de la muerte.
 - Objetivo: conocer e interpretar el proceso de morir a lo largo de la historia.
 - Técnica de investigación de aula (lluvia de ideas) y expositiva (charla-coloquio).
 - Tiempo: 20 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, sillas, mesa semicircular, pizarra y tizas de colores.

- Tipos de afrontamiento del dolor sufrimiento y duelo
 - Objetivo: definir y comparar los distintos estilos de afrontamiento del dolor, sufrimiento y duelo: pasivo, agresivo o asertivo.
 - Técnica expositiva.
 - Tiempo: 25 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, ordenador y proyector.

- Modelos y fases de duelo más reconocidos
 - Objetivo: enumerar y explicar las principales fases de duelo más reconocidas.
 - Técnica de investigación de aula: fotopalabra.
 - Tiempo: 25 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, fotografías, mesas y sillas.

- Técnicas de reconocimiento de la fase de duelo
 - Objetivo: ejecutar los conocimientos adquiridos mediante simulaciones grupales.
 - Técnica para el desarrollo de habilidades: role-playing.
 - Tiempo: 40 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, psicoterapeuta especializada en autoayuda, mesas, sillas, ordenador, proyector, bolígrafos y papeles.

5.3. Segunda sesión

Título: Ansiedad, dolor, sufrimiento y duelo en el personal sanitario.

Contenidos:

- Reconocimiento en base a experiencia personal y evidencia científica sobre la ansiedad, sufrimiento y duelo en profesionales de UCI.
 - Objetivo: afirmar y compartir la motivación a la hora de adquirir recursos y estrategias de afrontamiento.
 - Técnica expositiva: vídeo con discusión.
 - Tiempo: 20 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, ordenador, proyector, video expositivo, pizarra y tizas de colores.

- El miedo como mensaje protector que supone una amenaza.
 - Objetivo: expresar las inquietudes ante la muerte.
 - Técnica de investigación de aula: fotopalabra.
 - Tiempo: 20 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, psicoterapeuta especializada en autoayuda, fotografías, mesas y sillas.

- Cómo conocer y manejar los propios sentimientos y emociones negativas.
 - Objetivo: comunicar y expresar la problemática que suponen los sentimientos y emociones negativas.
 - Técnica dinámica de grupo: “aprendizaje vivencial”.
 - Tiempo: 30 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, psicólogo especialista en autoayuda y mesas y sillas en disposición semicircular.

- Método para moderar sentimientos incontrolables.
 - Objetivo: demostrar cómo se pueden moderar los sentimientos incontrolables producidos ante la muerte.
 - Técnica para el desarrollo de habilidades: role-playing.
 - Tiempo: 40 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, psicoterapeuta especializada en autoayuda, mesas, sillas, ordenador, proyector, bolígrafos y papeles.

5.4. Tercera sesión

Título: Recursos y estrategias ante el proceso de morir. Inteligencia emocional (IE).

Contenidos:

- ¿Qué es la Inteligencia emocional y por qué aporta seguridad emocional?
 - Objetivo: describir la importancia de adquirir inteligencia emocional para el correcto desempeño del cuidado de pacientes en el final de la vida.
 - Técnica expositiva.
 - Tiempo: 20 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, ordenador, proyector, folios y bolígrafos.

- Descripción y análisis de los cinco componentes de la inteligencia emocional: autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades de relación.
 - Objetivo: identificar los cinco grupos de habilidades que componen la IE.
 - Técnica de investigación de aula (fotopalabra), acompañada de técnica expositiva (charla participativa).
 - Tiempo: 20 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, psicólogo especialista en autoayuda, ordenador, proyector y fotografías.

- Claves para forjar la inteligencia emocional: Controlar el temperamento, aliviar la sensibilidad y sacar partido a las propias costumbres
 - Objetivo: realizar un aprendizaje reflexivo y autocrítico en base al autoconocimiento, autocontrol, motivación, empatía y habilidades de relación.
 - Técnica de análisis: estudio y discusión de un caso.
 - Tiempo: 35 minutos.
 - Recursos: profesional enfermero, psicólogo especialista en autoayuda, mesas y sillas en disposición semicircular, folios y bolígrafos.

- ¿Cómo conservar la inteligencia emocional? Técnicas para sentirse más seguro y positivo.
 - Objetivo: Compartir la seguridad emocional con el resto del grupo.
 - Técnica dinámica de grupo “aprendizaje vivencial”.
 - Tiempo: 35 minutos.
 - Recursos: Profesional enfermero, psicólogo especialista en autoayuda, mesas y sillas en disposición semicircular.

6. Evaluación

6.1 Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación de la estructura del proyecto educativo permitirá la identificación del grado de utilidad y cómo han contribuido todos los recursos utilizados en el desarrollo de cada una de las tres sesiones que conforman dicho proyecto.

Por otro lado, se procederá a la evaluación del proceso lo que permitirá conocer y proporcionar información sobre las actividades realizadas, así como los métodos empleados para la consecución de los objetivos que se plantearon.

Para realizar dichas evaluaciones se procederá a su análisis por parte, no solo de los participantes, sino también del personal docente encargado de impartir las sesiones.

Evaluación realizada por el personal docente

En primer lugar, se procederá a la evaluación del proceso de captación para lo que se registrará de forma cuantitativa el número de participantes que asistieron a cada sesión, contrastándolo con el registro total de individuos que deberían acudir. Para ello, en cada una de las sesiones se pasará una hoja de asistencia al curso (Anexo 6).

Además, se evaluará el desarrollo de las sesiones valorando el grado de motivación y actitud por parte de los participantes, las necesidades percibidas, la idoneidad de los tiempos empleados, así como los recursos y los temas tratados. Para ello, se recogerán datos de forma cualitativa, en base a un “cuestionario de evaluación” aportados en cada sesión y realizados por los propios participantes (Anexo 8).

Evaluación realizada por los participantes

Se evaluará la programación y el desarrollo de las sesiones de forma breve y cualitativa mediante cuestionarios aportados al finalizar cada sesión (Anexo 8) y posteriormente, al concluir el curso se entregará un cuestionario de satisfacción final (Anexo 15).

En cada uno de estos cuestionarios facilitados se pretenderá que los participantes indiquen su grado de acuerdo o desacuerdo con las diferentes actividades realizadas, la utilidad de las dinámicas grupales empleadas, la eficacia de las estrategias, los recursos materiales, los recursos humanos, así como la adecuación de fechas y horarios del curso, entre otros.

6.2 Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados será considerada, por parte del personal docente, el eje central de la evaluación, ya que permitirá identificar el impacto que ha tenido cada una de las sesiones sobre los participantes al finalizar el curso, a medio y a largo plazo.

Para ello, la evaluación irá encaminada a evaluar el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos establecidos de las áreas cognitiva, de habilidades y afectiva.

Evaluación a corto plazo

Área cognitiva

Se evaluarán dentro de los objetivos cognitivos si el participante es capaz de definir y comparar los distintos estilos de afrontamiento del dolor, sufrimiento y duelo: pasivo, agresivo o asertivo; enumerar y explicar las principales fases de duelo más reconocidas; describir la importancia de adquirir inteligencia emocional para el correcto desempeño del cuidado de pacientes en el proceso de morir o identificar los cinco grupos de habilidades que componen la inteligencia emocional, entre otros.

Para su correcta evaluación se realizará un cuestionario pre-intervención y otro post-intervención (Anexo 7) que, en base a unas preguntas abiertas, se permitirá, gracias a su comparación, valorar el grado de adquisición de conocimientos por parte de los participantes. Además, al finalizar cada una de las tres sesiones, se pasará un test (Anexos 9, 11 y 13), con cuatro alternativas de respuestas y en la que sólo una es correcta, lo que permitirá al docente evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos al finalizar cada una de las sesiones.

Área de habilidades

Los objetivos del área de habilidades a evaluar son los siguientes: Demostrar cómo se pueden moderar los sentimientos incontrolables producidos ante la muerte; practicar un estilo de afrontamiento asertivo ante el dolor, sufrimiento o duelo producidos; ejecutar los conocimientos adquiridos mediante simulaciones grupales y realizar un aprendizaje reflexivo y autocrítico en base al autoconocimiento, autocontrol, motivación, empatía y habilidades de relación y comunicación.

Dado que la dinámica grupal escogida para poner en práctica los objetivos del área de habilidades es el "role-play", será un observador externo quien, en base a una hoja de registro (Anexos 10, 12 y 14) valorará cada uno de los ítems marcados durante el desarrollo

de las actividades en cada una de las tres sesiones abordadas.

Área afectiva

Los objetivos a evaluar en esta área son: expresar sus inquietudes ante la muerte; afirmar y compartir su motivación a la hora de adquirir recursos y estrategias de afrontamiento; comunicar la problemática existente ante el desarrollo de las nuevas habilidades adquiridas y compartir su seguridad emocional con el resto de integrantes del grupo.

Para su evaluación el docente, como observador externo, rellenará los ítems correspondientes incluidos en la hoja de registro (Anexos 10, 12 y 14).

Evaluación a medio plazo

A las dos semanas de finalizar el curso se hará entrega de un cuestionario que permitirá la recopilación de la información percibida por los participantes, de forma cualitativa, en base a preguntas tipo test y otras de respuesta abierta (Anexo 16), evaluándose el impacto del curso formativo en su práctica diaria.

Evaluación al largo plazo

Seis meses después del curso formativo se volverá a hacer entrega a cada uno de los participantes un cuestionario a largo plazo (Anexo 16), con algunas preguntas tipo test y otras de respuesta abierta, lo que permitirá ver la evolución de cada participante en cuanto a cada uno de los objetivos planteados dentro de las áreas cognitiva, de habilidades y afectiva, extractándose de ello la influencia final que ha tenido el proyecto educativo desarrollado sobre la práctica de los profesionales enfermeros en su trabajo diario.

7. Bibliografía

1. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC et al. Psychological attitudes toward death and bereavement. One conceptual review. *Cuade Med Forense*. 2002;30:39-50.
2. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Professional nurse attitude towards the death of patients. *Cienc enferm*. 2009;15(1):39-48.
3. Pérez ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1210-1218.
4. Padrón Acosta L. Different ways of coping the death of nursing students and professionals. *Rev Rol Enferm*. 2014; 37(1):26-29.
5. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enferm Global* 2009;02(15):1-9.
6. Ramos F, Sánchez-Caro JM. La muerte: realidad y misterio. Barcelona: Salvat editores; 1985.
7. Tordable Ramírez AM. Acogiendo la muerte como un proceso natural de la vida. *Metas Enferm*. 2013;16(8):73-74.
8. Conangla MM. Crisis Emocionales: La inteligencia emocional aplicada a situaciones límite. Barcelona: Amat; 2014.
9. Nelson L, Nelson C. A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega*. 1975;6:171-178.
10. Ramos F, García I. Miedo y ansiedad ante la muerte. En: Buendía J. *Psicopatología Clínica y salud*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia; 1991. p.131-166.
11. Gilligand J, Templer D. Relationship of death anxiety scale factors to the subjective state. *Omega*. 1980;16:145-155.
12. Lonetto R, Templer D. The nature of death anxiety, En: Spielberg C, Butcher J. *Advances in personality assessment*. Hillsdale: Erlbamm associates; 1983. p.141-174.
13. Saunders JM, Valente SM. Nurses' grief. *Cancer Nurs*. 1994; 7(4):318-25.
14. Sevilla Casado M, Ferré Grau C, Tahta-Haddouche M. Enfermería y la ansiedad ante la muerte. *Rev Rol Enf*. 2012;35(10):692-697.
15. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial SL; 2004.
16. Letho H, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract*. 2009;23(1):23-41.

17. Şenyuva E, Kaya H, Işık B, Bodur G. Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *Int J Nurs Pract.* 2014;20(6):588-596.
18. Benbunan-Bentata B, Cruz-Quintana F, Roa-Venegas J, Villaverde-Gutiérrez C, Benbunan-Bentata BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: Una propuesta de Intervención. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7(1):197-205.
19. Nyatanga B. Death anxiety and palliative nursing. *Br J Community Nurs.* 2016;21(12):636.
20. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J.* 2013;7:14-21.
21. Boyar J. The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. *Dissertation Abstracts.* 1964;25:20-21.
22. Collet L, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *J Ment Health Clin Psycho.* 1969;72:179-181.
23. Templer D. The construction and validation of death anxiety scale. *Rev Gen Psycho.* 1970;82:165-177.
24. Velarde García J F. Vivencias del personal de Enfermería en los cuidados paliativos de pacientes en situación crítica y terminal. *Metas Enferm.* 2012;15(7):56-60.
25. Pascual Fernández MC. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Nure Inv.* 2011;8(50):1-12.
26. Sánchez S. Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados críticos y urgencias del hospital médico-quirúrgico de Jaén. *Enferm Trab.* 2015;4:115-125.
27. Peace HG, Vicent PA. Death anxiety: Does education make a difference? *Death Stud.* 1988;12:337-344.
28. Tejada A. Actitud de profesionales de enfermería hacia la atención de pacientes moribundos, proceso de morir y la muerte. Universidad de Concepción. Chile; 1994.
29. Laporte M, Sherman D, Lo K, Egan Ka, Grant M, Rhome A. Strategies for Teaching Loss, Grief, and Bereavement. *Nurs educator.* 2003;28(2):71-76.
30. López González JM, Cibana JL. Evolución del impacto emocional de la muerte y el proceso de morir en estudiantes de Enfermería. *Metas Enferm.* 2011;14(7):62-66.
31. Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández-Castro J, Cladellas R, Gómez-Benito J. Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Ansiedad y estrés.* 2010;16(2-3):177-188.

32. Parry M. Student nurses' experience of their first death in clinical practice. *Int J Palliat Nurs.* 2011;17(9):446-51.
33. Smith-Stoner M, Hall-Lord ML, Hedelin B, Petzall K. Nursing students' concerns about end of life in California, Norway and Sweden. *Int Palliat Nurs.* 2011;17(6): 271-277.
34. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, De Sousa LD. Reactions and feelings of nursing professionals facing their patients' death. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):129-135.
35. Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(6):876-881.
36. Mayer JD, Roberts RD, Bersade SG. Human abilities: emotional intelligence. *Annu Rev Psychol.* 2008;59:507-536.
37. Gerow L, Conejo P, Alonzo A, Davis N, Rodgers S, Domian EW. Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patients death. *J Nurs Scholarsh.* 2010;42(2):129-139.
38. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005;19(6):463-470.
39. Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández-Catro J, Gómez-Benito J. Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés.* 2004;10(1):29-41.
40. Sharma J, Lochan R, Tyagi A. Stress as a mediator between work-family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence. *Appl Nurs Res.* 2015.
41. Berrios Santos MP, Augusto Landa JM, Aguilar Luzón MC. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm.* 2006.
42. Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department. *Enferm Clinica.* 2017;27(3):172-178.
43. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:505-516.
44. Fitzpatrick JJ. Helping Nursing Students Develop and Expand Their Emotional Intelligence. *Nurs Educ Perspect.* 2016;37(3):124.
45. Sanz J. Actitudes del enfermero/a ante el paciente terminal. *Enferm Cientí.* 2000;220-221:17-20.


Anexos


Anexo 1: Cartel de captación al curso


SEGURIDAD EMOCIONAL


Un objetivo a conseguir



 Profesional sanitario

 ¡Déjate ayudar!

 Adquiere ideas y estrategias de afrontamiento

Ante la muerte de tus pacientes 

Sala de reuniones de la Unidad Coronaria

2ª Planta Hospital Universitario Ramón y Cajal


Octubre 2018


curso.seguridad.emocional.hryc.@gmail.com

Anexo 2: Folleto de información al curso


SEGURIDAD EMOCIONAL

Un objetivo a conseguir





Profesional sanitario





(Déjate ayudar!)

Adquiere ideas y estrategias de afrontamiento

Ante la muerte de tus pacientes

Sala de reuniones de la Unidad Coronaria
2ª Planta Hospital Universitario Ramón y Cajal
Octubre 2018

curso.seguridad.emocional.hryc@gmail.com

SEGURIDAD EMOCIONAL

Un objetivo a conseguir

Objetivo del curso

Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de adquirir recursos y estrategias ante el proceso de morir de sus pacientes.

Cronograma: Octubre 2018

Fecha	Hora	Contenidos
Lunes	2 horas	Bloque I: La muerte y el proceso de morir.
Miércoles	2 horas	Bloque II: Ansiedad, dolor, sufrimiento y duelo en el personal sanitario.
Viernes	2 horas	Bloque III: Recursos y estrategias ante el proceso de morir. Inteligencia Emocional.

Contenidos

Bloque I: La muerte y el proceso de morir.

- Breve recorrido histórico: evolución y principales ritos en el proceso de morir.
- Factores psicológicos y socioculturales que motivan los cambios en la concepción de la muerte.
- Descripción, análisis y reconocimiento de los distintos tipos de afrontamiento del dolor y sufrimiento: estilo pasivo, agresivo y asertivo.
- Descripción de los modelos y fases de duelo más reconocidos mundialmente.
- Técnicas de reconocimiento de las fases de duelo

Bloque II: Ansiedad, dolor, sufrimiento y duelo en el personal sanitario.

- ¿Por qué tratar al enfermo moribundo o terminal? Enumeración de competencias enfermeras en relación al duelo según el CIE y Código Deontológico Español.
- Evidencia científica sobre la ansiedad, sufrimiento y duelo en profesionales de UCI.
- El miedo como mensaje protector que supone una amenaza.
- Cómo conocer y manejar los propios sentimientos y emociones negativas.
- Método para moderar sentimientos incontrolables.

Bloque III: Recursos y estrategias ante el proceso de morir. Inteligencia Emocional

- ¿Qué es la Inteligencia emocional y por qué aporta seguridad emocional?
- Descripción y análisis de los cinco componentes de la inteligencia emocional: autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades de relación.
- Claves para forjar la inteligencia emocional:
 - 1º Controlar el temperamento
 - 2º Aliviar la sensibilidad
 - 3º Sacar partido a las propias costumbres
- ¿Cómo conservar la inteligencia emocional? Técnicas para sentirse más seguro y positivo.

Para más información contacte con nosotros mediante el correo:
curso.seguridad.emocional.hryc@gmail.com






curso.seguridad.emocional.hryc@gmail.com

Anexo 3: Obsequio cinta porta-identificación.



Anexo 4: Hoja de inscripción



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y PLAZA DE RESERVA AL CURSO

“SEGURIDAD EMOCIONAL”

Nombre

Apellidos

DNI

Dirección

Localidad.....

Teléfono

Email

Centro de trabajo

Fecha de preferencia de asistencia al curso.....

Observaciones

En Madrid, a..... de..... de 20.....

Firma:

DIRECTOR/ A DEL CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

Anexo 5: Hoja de confirmación de recepción de solicitud



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y PLAZA DE RESERVA AL CURSO

“SEGURIDAD EMOCIONAL”

Estimado/a.....,

Le informamos que su inscripción al curso de “Seguridad emocional” se ha realizado con éxito.

Grupo:.....

Fecha:

Hora:

Lugar: Sala de reuniones de la Unidad Coronaria, en la segunda planta de la zona izquierda del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Recuerde que en el caso de necesitar cambiar de fecha para asistir al curso, podrá permutar la plaza con la de otro compañero, siempre habiendo enviado antes un mensaje al siguiente correo: curso.seguridad.emocional.hryc.@gmail.com

Atentamente,

La organizadora del curso.

Anexo 6: Hoja de asistencia al curso.



HOJA DE ASISTENCIA AL CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

SESIÓN Nº: _____

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FIRMA

FECHA:/...../.....

Anexo 7: Cuestionario Pre/Post-Intervención.



CUESTIONARIO PRE/ POST-INTERVENCIÓN

CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

FECHA:/...../.....

INSTRUCCIONES

A continuación usted tendrá que contestar a 5 preguntas abiertas, en el espacio que se le indica. Las preguntas están relacionadas con los contenidos que se abarcarán durante todo el curso y han sido diseñadas para evaluar el área cognitiva y afectiva de cada participante. Dispone para realizarlas de un tiempo estimado de 15 minutos.

Le recordamos que este cuestionario es anónimo y de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados y comparados con un cuestionario post-intervención para lograr ver la adquisición de conocimientos una vez concluido el curso. Muchas gracias por su colaboración.

1. Defina y compare los distintos estilos de afrontamiento del dolor sufrimiento y duelo que conozca

2. Enumere y explique las principales fases de duelo que conozca

3. Exprese sus inquietudes hacia la muerte

4. ¿Considera que tiene suficientes recursos para afrontar el duelo de sus pacientes? / ¿Siente que posee seguridad emocional? Justifique su respuesta

**5. ¿Qué es la inteligencia emocional?
Enumere y defina los 5 grupos de habilidades que la componen**

Anexo 8: Cuestionario de evaluación para cada sesión.

INSTRUCCIONES

Valore cada una de las siguientes preguntas del 1 al 5, marcando una "x" sobre la calificación que crea más oportuna, considerando:

Muy insuficiente Insuficiente Aceptable Satisfactorio Muy satisfactorio

1 2 3 4 5

Si lo considera puede dejar cualquier comentario o sugerencia en el reverso de la hoja.

SOBRE EL FORMADOR

1. Claridad en la exposición 1 2 3 4 5
2. Conocimientos teóricos respecto a la materia 1 2 3 4 5
3. Conocimientos prácticos respecto a la materia 1 2 3 4 5
4. Si el profesor hizo que la sesión fuera interesante 1 2 3 4 5
5. Ha resuelto de manera eficaz sus dudas 1 2 3 4 5

SOBRE LA SESIÓN

1. Duración y programación de la sesión 1 2 3 4 5
2. La metodología y diseño empleados 1 2 3 4 5
3. Los recursos utilizados fueron apropiados 1 2 3 4 5
4. Se han comprendido los principales conceptos 1 2 3 4 5
5. Se han cumplido sus expectativas 1 2 3 4 5

Anexo 9: Test de evaluación. Primera sesión.



TEST DEL PRIMER DÍA CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

FECHA:/...../.....

INSTRUCCIONES

A continuación usted va a realizar un test de 10 preguntas con cuatro alternativas de respuesta, siendo sólo una correcta. Esta serie de preguntas están relacionadas con los contenidos que se han visto en esta primera sesión “La muerte y el proceso de morir” y han sido diseñadas para evaluar el área cognitiva de cada participante. Dispone para realizarlas de un tiempo estimado de 15 minutos.

Le recordamos que el test es anónimo y de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados con fines de mejorar las sesiones en los próximos cursos. Muchas gracias por su colaboración.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. En la evolución histórica del proceso de morir se pueden afirmar como correctas las siguientes frases menos una, indique la incorrecta:

- a) A lo largo de la historia el proceso de morir ha adquirido distintas connotaciones
- b) Para los egipcios la muerte era el eje central de sus formas de vida
- c) Para Sócrates la muerte era un bien temido ya que se concebía como un eterno descanso
- d) En el siglo XVIII el proceso de morir no era temido ya que aplacaba el dolor y el sufrimiento

2. En relación a los ritos funerarios y su evolución histórica, marque la incorrecta:

- a) Para Grecia y Roma los entierros no eran un deber sagrado por el que se permitía al alma vagar hacia un eterno descanso
- b) Durante la Edad Media la familia acompañaba al fallecido en los funerales
- c) A lo largo de la Edad Contemporánea la muerte se concebía de forma natural y familiar
- d) En la actualidad la muerte es apartada de los domicilios y se considera un tema tabú

3. En relación a la muerte en la actualidad, marque la correcta:

- a) Se trata con actitudes maduras como la negación, el rechazo o el encubrimiento
- b) Ha experimentado un claro progreso con el paso de los años
- c) La buena muerte es la que se percibe como algo natural en un entorno habitual de un anciano longevo
- d) Se concibe como un hecho solitario, impersonal y que tiene lugar en un escenario sanitario

4. Se consideran factores psicológicos y socioculturales que originan los cambios en el proceso de morir los siguientes menos uno, marque la incorrecta:

- a) La esperanza de vida se ha incrementado en la actualidad y se tiene un afán por alcanzar la inmortalidad
- b) Las nuevas tecnologías inculcan la eterna juventud con todo tipo de tratamientos
- c) Los avances en medicina no han logrado disminuir los brotes de epidemias, hambrunas y mortalidad infantil
- d) La espiritualidad y lo trascendente han perdido importancia

5. Se dice que el estilo que favorece la huida y la no acción es:

- a) Estilo asertivo
- b) Estilo pasivo
- c) Estilo agresivo
- d) Estilo empático

6. El estilo de afrontamiento que más complica las relaciones personales de los implicados en las crisis es:

- a) Estilo asertivo
- b) Estilo pasivo
- c) Estilo agresivo
- d) Estilo empático

7. El estilo de afrontamiento considerado como el más sano emocionalmente, ya que permite identificar y expresar todo aquello que se siente pero que a su vez es el más difícil de alcanzar es:

- a) Estilo asertivo
- b) Estilo pasivo
- c) Estilo agresivo
- d) Estilo empático

8. Las fases comúnmente reconocidas en el proceso de morir de: negación, ira, pacto, depresión y aceptación, pertenecen al autor/a:

- a) Lindermann
- b) Bowlby
- c) Kübler-Ross
- d) Worden y Neymen

9. La fase del proceso de morir considerada como una defensa provisional y amortiguadora es:

- a) Fase de negación
- b) Fase de ira
- c) Fase de pacto
- d) Fase de depresión

10. La fase del proceso de morir en la que el miedo y la angustia desaparecen, siendo sustituidos por la paz y la calma es:

- a) Fase de pacto
- b) Fase de desorganización
- c) Fase de aceptación
- d) Fase de reorganización

CURSO "SEGURIDAD EMOCIONAL"

SOLUCIONARIO TEST DEL PRIMER DÍA

1	c
2	a
3	d
4	c
5	b
6	c
7	a
8	c
9	a
10	c

Anexo 10: Hoja de registro del observador externo. Primera sesión.

INSTRUCCIONES

Usted ha sido escogido para evaluar la actividad que va a realizarse a continuación. Se recomienda leer con detenimiento cada uno de los ítems señalados antes de que la actividad haya comenzado. Una vez leídos los mismos, deberá prestar atención a la simulación que tendrá lugar, para posteriormente señalar en esta misma hoja con una "x" el grado de cumplimiento de las cuestiones planteadas. Además, podrá hacer cualquier comentario que considere oportuno en el apartado de observaciones.

ROLE-PLAYING. "Los participantes..."

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Siguen las instrucciones impartidas | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | <input type="text" value="OBSERVACIONES"/> |
| 2. Cumplen con el horario establecido | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 3. Utilizan todos los materiales facilitados | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 4. Actúan conforme a su rol | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 5. Se comunican de manera eficaz | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 6. Logran desempeñar los distintos estilos de afrontamiento del dolor, sufrimiento y duelo | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 7. Identifican los estilos de afrontamiento pasivo, agresivo y asertivo | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 8. Representan las distintas fases de duelo | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 9. Se sienten satisfechos con los roles asumidos | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 10. Una vez concluida la actividad realizan autocrítica | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 11: Test de evaluación. Segunda sesión.



TEST DEL SEGUNDO DÍA CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

FECHA:/...../.....

INSTRUCCIONES

A continuación usted va a realizar un test de 10 preguntas con cuatro alternativas de respuesta, siendo sólo una correcta. Esta serie de preguntas están relacionadas con los contenidos que se han visto en esta segunda sesión “Ansiedad, dolor, sufrimiento y duelo en personal sanitario” y han sido diseñadas para evaluar el área cognitiva de cada participante. Dispone para realizarlas de un tiempo estimado de 15 minutos.

Le recordamos que el test es anónimo y de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados con fines de mejorar las sesiones en los próximos cursos. Muchas gracias por su colaboración.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. “El alivio del dolor y del sufrimiento es una responsabilidad fundamental de la Enfermería. Las enfermeras reciben formación experta en la gestión del dolor, en los cuidados paliativos y en la ayuda de las personas en su trato con el dolor, la muerte y los moribundos”. Esta afirmación es recogida por el:

- a) Consejo Internacional de la Enfermería, 2000
- b) Código Deontológico Español, 1989
- c) Boletín Oficial del Estado en lo referente a la práctica sanitaria
- d) Ley General de Sanidad, 1986

2. La afirmación “Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad del profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos” queda recogida en:

- a) Consejo Internacional de la Enfermería, 2000
- b) Código Deontológico Español, 1989
- c) Boletín Oficial del Estado en lo referente a la práctica sanitaria
- d) Ley General de Sanidad, 1986

3. Dado que el personal enfermero posee dentro de sus competencias proporcionar cuidados al final de la vida, esto no supone ante la falta de recursos (señale la incorrecta):

- a) Un gran impacto emocional
- b) Se genera ansiedad y se ve reducida la tolerancia al estrés
- c) Tiene lugar Síndrome de Burnout
- d) Se humanizan los cuidados proporcionados

4. Dentro de las escalas para medir el miedo y la ansiedad ante el proceso de morir no se encuentra:

- a) Escala de miedo a la muerte de Boyar
- b) Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)
- c) Escala de actitudes ante la muerte de Lester
- d) Escala de ansiedad y miedo para personal sanitario (DECs)

5. La preocupación por las reacciones intelectuales y emocionales ante la muerte, la inquietud por el cambio físico, el percatarse y preocuparse por el paso del tiempo y la preocupación por el dolor y el estrés que acompañan a la enfermedad y la muerte, son algunos parámetros que se evalúan en la escala de:

- a) Escala de miedo a la muerte de Boyar
- b) Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)
- c) Escala de actitudes ante la muerte de Lester
- d) Escala de ansiedad y miedo para personal sanitario (DECs)

6. Las unidades/ servicios donde la muerte de los pacientes genera un menor impacto para el personal sanitario, según la evidencia científica estudiada es para:

- a) Unidades de emergencias
- b) Unidades de cuidados paliativos
- c) Unidades de cuidados intensivos
- d) Unidades oncológicas

7. Señale la afirmación incorrecta:

- a) El prestar cuidados a pacientes moribundos determina el miedo/ ansiedad ante la muerte
- b) Las mujeres poseen menos ansiedad que los hombres al tener más estrategias
- c) No existen diferencias significativas entre la ansiedad ante la muerte y la edad
- d) La ansiedad, frustración e impotencia aumentan con el trato hacia niños

8. Dentro de las actitudes del colectivo enfermero que no posee recursos de afrontamiento, consecuentes del trato hacia el paciente que se encuentra en fase de morir, no se encuentra:

- a) No mencionan la idea de muerte ni las patologías que la pueden producir
- b) Enmascaran la verdad hacia sus pacientes
- c) No mantiene la mirada al enfermo
- d) Se comunican adecuadamente en base a la empatía y escucha activa

9. Respecto a la ansiedad y miedo ante la muerte:

- a) El personal sanitario se encuentra altamente capacitado para su afrontamiento
- b) No le genera ansiedad ni estrés el trato hacia el paciente terminal y sus familiares
- c) Son los enfermeros a los que la muerte les genera más repercusiones por tener un trato directo con el paciente
- d) El vínculo cercano forjado con el paciente moribundo proporciona una seguridad emocional para el sanitario

10. La conspiración de silencio utilizada frecuentemente:

- a) Es beneficiosa para el paciente ya que se enmascara la verdad
- b) Es beneficiosa para la familia ya que evita tener que decir la verdad
- c) Es beneficiosa para los sanitarios ya que disminuye la tensión ambiental
- d) No es beneficiosa para ningún colectivo ya que a la larga puede generar depresión, aislamiento o culpabilidad

CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

SOLUCIONARIO TEST DEL SEGUNDO DÍA

1	a
2	b
3	d
4	d
5	b
6	b
7	b
8	d
9	c
10	d

Anexo 12: Hoja de registro del observador externo. Segunda sesión.

INSTRUCCIONES

Usted ha sido escogido para evaluar la actividad que va a realizarse a continuación. Se recomienda leer con detenimiento cada uno de los ítems señalados antes de que la actividad haya comenzado. Una vez leídos los mismos, deberá prestar atención a la simulación que tendrá lugar, para posteriormente señalar en esta misma hoja con una “x” el grado de cumplimiento de las cuestiones planteadas. Además, podrá hacer cualquier comentario que considere oportuno en el apartado de observaciones.

ROLE-PLAYING. “Los participantes...”

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Siguen las instrucciones impartidas | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | <input type="text" value="OBSERVACIONES"/> |
| 2. Cumplen con el horario establecido | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 3. Utilizan todos los materiales facilitados | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 4. Actúan conforme a su rol | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 5. Se comunican de manera eficaz | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 6. Expresan los sentimientos y emociones negativas ante la muerte de los pacientes | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 7. Identifican el miedo y lo convierten en un factor protector | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 8. Son capaces de controlar sus sentimientos | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 9. Manejan adecuadamente las emociones negativas | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 10. Una vez concluida la actividad realizan autocrítica | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 13: Test de evaluación. Tercera sesión.



TEST DEL TERCER DÍA CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

FECHA:/...../.....

INSTRUCCIONES

A continuación usted va a realizar un test de 10 preguntas con cuatro alternativas de respuesta, siendo sólo una correcta. Esta serie de preguntas están relacionadas con los contenidos que se han visto en esta tercera sesión “Recursos y estrategias ante el proceso de morir. Inteligencia Emocional” y han sido diseñadas para evaluar el área cognitiva de cada participante. Dispone para realizarlas de un tiempo estimado de 15 minutos.

Le recordamos que el test es anónimo y de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados con fines de mejorar las sesiones en los próximos cursos. Muchas gracias por su colaboración.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. El concepto de inteligencia emocional (IE) definido en la década de los 90 como la capacidad de toda persona para interpretar y comprender sus propias emociones y las de los demás, lo que permite actuar con diligencia, fue establecida por:

- a) Salovey y Mayer
- b) Howard Gardner
- c) Lazarus y Kolkman
- d) Neff

2. La parte de la inteligencia emocional que precisa la empatía y las habilidades sociales para traducir el significado del lenguaje no verbal de las personas con las que interaccionamos se denomina:

- a) Inteligencia emocional intrínseca
- b) Inteligencia emocional interpersonal
- c) Inteligencia emocional extrínseca
- d) Inteligencia emocional intrapersonal

3. La parte de la inteligencia emocional que permite la configuración de una imagen exacta y verdadera de nosotros mismos y nos capacita para utilizarla y actuar en la vida de modo más eficaz se denomina:

- a) Inteligencia emocional intrínseca
- b) Inteligencia emocional interpersonal
- c) Inteligencia emocional extrínseca
- d) Inteligencia emocional intrapersonal

4. La teoría que nos habla de la inteligencia interpersonal y la intrapersonal como componentes de la “Teoría de la inteligencia múltiple” fue establecida por:

- a) Salovey y Mayer
- b) Howard Gardner
- c) Lazarus y Kolkman
- d) Neff

5. Dentro de los 5 componentes de la IE no se encuentra:

- a) Autoconomiento
- b) Automotivación
- c) Autocontrol
- d) Autoconciencia

6. La capacidad que comprende la autoestima, la confianza en las propias capacidades y valores, la conciencia emocional y el reconocimiento de los efectos de todo cuanto nos afecta es:

- a) Autoconomiento
- b) Automotivación
- c) Autocontrol
- d) Autoconciencia

7. El componente de la inteligencia emocional capaz de detectar las expectativas del otro y reconocer la riqueza que proviene de las diferencias individuales es:

- a) El autocontrol
- b) La automotivación
- c) La empatía
- d) Las habilidades de relación y comunicación

8. Las pautas aportadas durante la sesión basada en: detenerse, calmarse, pensar, avanzar y actuar, son los pasos a seguir en uno de los componentes de la IE. Marque la opción correcta:

- a) El autocontrol
- b) La automotivación
- c) La empatía
- d) Las habilidades de relación y comunicación

9. Marque la opción incorrecta con respecto a la IE:

- a) La IE es la habilidad idónea para desarrollar un equilibrio personal y permitir no enfrentarse a los retos que supone estar en contacto con las personas que sufren
- b) El uso de la IE proporciona una mejora de la salud física y psíquica
- c) La IE no produce un feedback negativo y evita el desgaste emocional
- d) Según Weisinger la IE permite interactuar en el entorno laboral sanitario, teniendo relaciones sociales eficaces

10. Dentro del último debate realizado en la sesión se extrajeron como conclusiones las siguientes claves para forjar la IE menos una, marque la incorrecta:

- a) 1º Controlar el temperamento, 2º aliviar la sensibilidad y 3º sacar partido a las propias costumbres
- b) 1º Sacar partido a las propias costumbres, 2º controlar el temperamento y 3º aliviar la sensibilidad
- c) 1º Aliviar la sensibilidad, 2º sacar partido a las propias costumbres y 3º controlar el temperamento
- d) Ninguna es correcta

CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

SOLUCIONARIO TEST DEL TERCER DÍA

1	a
2	b
3	d
4	b
5	d
6	a
7	c
8	a
9	a
10	a

Anexo 14: Hoja de registro del observador externo. Tercera sesión.

INSTRUCCIONES

Usted ha sido escogido para evaluar la actividad que va a realizarse a continuación. Se recomienda leer con detenimiento cada uno de los ítems señalados antes de que la actividad haya comenzado. Una vez leídos los mismos, deberá prestar atención a la simulación que tendrá lugar, para posteriormente señalar en esta misma hoja con una "x" el grado de cumplimiento de las cuestiones planteadas. Además, podrá hacer cualquier comentario que considere oportuno en el apartado de observaciones.

ROLE-PLAYING. "Los participantes..."

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Siguen las instrucciones impartidas | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | <input type="text" value="OBSERVACIONES"/> |
| 2. Cumplen con el horario establecido | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 3. Utilizan todos los materiales facilitados | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 4. Actúan conforme a su rol | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 5. Se comunican de manera eficaz | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 6. Actúan en base a los principios de la Inteligencia emocional | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 7. Ponen en práctica el autocontrol y la automotivación | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 8. Poseen empatía y habilidades de relación | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 9. Se sienten más seguros y positivos | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| 10. Una vez concluida la actividad realizan autocrítica | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 15: Cuestionario de satisfacción final.

INSTRUCCIONES

Valore cada una de las siguientes preguntas del 1 al 5, marcando una "x" sobre la calificación que crea más oportuna, considerando:

Muy insuficiente Insuficiente Aceptable Satisfactorio Muy satisfactorio

① ② ③ ④ ⑤

CONTENIDO DEL CURSO. "El contenido del curso me ha ayudado a..."

1. Entender cómo ha evolucionado el proceso de morir ① ② ③ ④ ⑤
2. Diferenciar las fases de duelo ① ② ③ ④ ⑤
3. Reconocer los tipos de afrontamiento del dolor ① ② ③ ④ ⑤
4. Conocer las competencias enfermeras ante la muerte ① ② ③ ④ ⑤
5. Manejar los sentimientos y emociones negativas ① ② ③ ④ ⑤
6. Controlar los sentimientos producidos por el duelo ① ② ③ ④ ⑤
7. Conocer qué es la inteligencia emocional ① ② ③ ④ ⑤
8. Entender cómo se puede adquirir seguridad emocional ① ② ③ ④ ⑤
9. Analizar los cinco componentes que conforman la IE ① ② ③ ④ ⑤
10. Adquirir técnicas para sentirse más seguro y positivo ① ② ③ ④ ⑤

OBJETIVOS. “Los objetivos...”

1. Al inicio del curso se expusieron de forma clara

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Considero que fueron los adecuados

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Guardaron relación con las técnicas empleadas

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Cumplieron todas mis expectativas

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Al final de curso se cumplieron en su totalidad

(1) (2) (3) (4) (5)

SOBRE EL DOCENTE “Nombre _____”. “El formador...”

1. Posee conocimientos teóricos respecto a la materia

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Ha expuesto los temas de forma clara

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Ha fomentado la participación de los asistentes

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Hizo que el curso fuera interesante

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Ha resuelto de manera eficaz sus dudas

(1) (2) (3) (4) (5)

SOBRE LA ADECUACIÓN DEL CURSO Y SUS SESIONES

1. Duración del curso

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Horario y número de las sesiones

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Condiciones del aula

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Diseño y metodología utilizados

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Material empleado

(1) (2) (3) (4) (5)

OPINIÓN FINAL SOBRE EL CURSO. “El curso...”

1. Le ha aportado nuevos conocimientos

1 2 3 4 5

2. Ha respondido a sus expectativas

1 2 3 4 5

3. Tiene aplicación en su puesto de trabajo

1 2 3 4 5

4. Merece su recomendación a otros profesionales

1 2 3 4 5

5. Tiene utilidad para usted en el futuro

1 2 3 4 5

¿Qué es lo que más le ha gustado del curso?

¿Qué es lo que menos le ha gustado del curso?

Sugerencias para la mejora del curso

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 16: Cuestionario de evaluación a medio y largo plazo.



CUESTIONARIO MEDIO Y LARGO PLAZO

CURSO “SEGURIDAD EMOCIONAL”

FECHA:/...../.....

INSTRUCCIONES

A continuación usted tendrá que contestar a 5 preguntas abiertas, en el espacio que se le indica y 5 preguntas tipo test con cuatro alternativas de respuesta de las que solo una es correcta. Las preguntas están relacionadas con los contenidos que se abarcaron durante todo el curso y han sido diseñadas para evaluar el área cognitiva y afectiva de cada participante. Dispone para realizarlas de un tiempo estimado de 20 minutos.

Le recordamos que este cuestionario es anónimo y de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados con el fin de lograr una mejora del curso y evaluar el grado de adquisición de conocimientos y la puesta en práctica de las habilidades adquiridas. Muchas gracias por su colaboración.

PREGUNTAS ABIERTAS

1. ¿Recuerda la información básica impartida durante el curso? Mencione lo que recuerde.

2. Expresé sus inquietudes hacia la muerte.

3. ¿Ha puesto en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos durante el curso? Justifique su respuesta.

4. ¿Considera que tiene suficientes recursos para afrontar el duelo de sus pacientes? Justifique su respuesta.

5. ¿Siente que posee seguridad emocional? Justifique su respuesta.

PREGUNTAS TEST

1. Se consideran factores psicológicos y socioculturales que originan los cambios en el proceso de morir los siguientes menos uno, marque la incorrecta:

- a) La esperanza de vida se ha incrementado en la actualidad y se tiene un afán por alcanzar la inmortalidad
- b) Las nuevas tecnologías inculcan la eterna juventud con todo tipo de tratamientos
- c) Los avances en medicina no han logrado disminuir los brotes de epidemias, hambrunas y mortalidad infantil
- d) La espiritualidad y lo trascendente han perdido importancia

2. El estilo de afrontamiento considerado como el más sano emocionalmente, ya que permite identificar y expresar todo aquello que se siente pero que a su vez es el más difícil de alcanzar es:

- e) Estilo asertivo
- f) Estilo pasivo
- g) Estilo agresivo
- h) Estilo empático

3. La preocupación por las reacciones intelectuales y emocionales ante la muerte, la inquietud por el cambio físico, el percatarse y preocuparse por el paso del tiempo y la preocupación por el dolor y el estrés que acompañan a la enfermedad y la muerte, son algunos parámetros que se evalúan en la escala de:

- a) Escala de miedo a la muerte de Boyar
- b) Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)
- c) Escala de actitudes ante la muerte de Lester
- d) Escala de ansiedad y miedo para personal sanitario (DECs)

4. Las pautas aportadas durante la sesión basada en: detenerse, calmarse, pensar, avanzar y actuar, son los pasos a seguir en uno de los componentes de la IE. Marque la opción correcta:

- e) El autocontrol
- f) La automotivación
- g) La empatía
- h) Las habilidades de relación y comunicación

5. Marque la opción incorrecta con respecto a la IE:

- e) La IE es la habilidad idónea para desarrollar un equilibrio personal y permitir no enfrentarse a los retos que supone estar en contacto con las personas que sufren
- f) El uso de la IE proporciona una mejora de la salud física y psíquica
- g) La IE no produce un feedback negativo y evita el desgaste emocional
- h) Según Weisinger la IE permite interactuar en el entorno laboral sanitario, teniendo relaciones sociales eficaces