



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

**Afrontamiento y ansiedad frente a la muerte en los
enfermeros de atención primaria de Getafe.**

Alumno: Cristina Pérez Arroyo

Director: Andrada Cristoltan

Madrid, mayo de 2022.

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Presentación.....	5
2. Estado de la cuestión.....	6
2.1 Fundamentación.....	6
2.1.1 Conceptualización y marco histórico de la muerte.....	6
2.1.2 Aspectos psicológicos de la muerte.....	9
2.1.3 Actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte.....	10
2.1.4 Vivencia de la muerte en las unidades de cuidados intensivos y urgencias.....	12
2.1.5 La muerte y los cuidados paliativos.....	13
2.1.6 La muerte en atención primaria.....	14
2.1.7 Síndrome de Burnout.....	15
2.1.8 Estrategias de afrontamiento.....	16
2.2 Justificación.....	17
3. Objetivos.....	19
3.1 Objetivo general.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4. Metodología.....	20
4.1 Diseño del estudio.....	20
4.2 Sujetos de estudio.....	20
Criterios de inclusión.....	21
4.3 Variables.....	21
4.4 Instrumentos de recogida de datos.....	23
4.5 Procedimiento de recogida de datos.....	24
4.6 Fases del estudio y cronograma.....	24
La duración total del estudio será de 8 meses, divididos en las siguientes fases.....	24
4.7 Análisis de datos.....	27
5. Aspectos éticos.....	28
6. Limitaciones del estudio.....	29
7. Bibliografía.....	30
Anexos.....	34
Anexo 1: Consentimiento informado.....	35
Anexo 2: Ficha de Recogida de datos.....	36
Anexo 3: Escala de ansiedad ante la muerte de Templer.....	37
Anexo 4: Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen.....	38

Resumen

Introducción: La muerte es un fenómeno inherente en la vida de las personas. La muerte afecta de manera negativa a los profesionales de enfermería debido a que son ellos los que deben prestar cuidados a pacientes terminales, acercándoles a ellos mismos a su propio proceso del morir. Como se ha recogido en el trabajo es importante incorporar los cuidados paliativos y estrategias de afrontamiento eficaces para disminuir el impacto de los sentimientos negativos que provoca la muerte de los pacientes.

Objetivos: El objetivo principal es conocer las actitudes y el nivel de afrontamiento frente a la muerte en los profesionales de enfermería de atención primaria en el municipio de Getafe.

Metodología: Se llevará a cabo un estudio observacional descriptivo, de carácter transversal. Se realizará un muestro no probabilístico de tipo consecutivo tomando como referencia el número total de enfermeros de atención primaria de Getafe. A los participantes que conformen la muestra final se les entregará una batería de preguntas relacionadas con los objetivos del estudio. Los datos se codificarán y analizarán con el fin de concluir sobre los resultados.

Implicaciones para enfermería: Debido a la situación de pandemia actual, se ha registrado un aumento de fallecimientos en domicilios. Se considera importante conocer cómo los profesionales de enfermería de atención primaria gestionan sus emociones y sentimientos frente al proceso del morir de sus pacientes, teniendo en cuenta las transferencias y contratransferencias que se generan en la relación terapéutica al final de la vida. Es necesario reforzar las actitudes positivas y el nivel de formación relacionado con la preparación frente a la muerte para no interpretarlo como un fracaso profesional, sino como un proceso inevitable en la labor de enfermería, cuyo objetivo principal debe ser prestar cuidados de calidad a los pacientes al final de la vida.

Palabras Clave:

Abstract

Introduction: Death is a natural part of people's lives. Death has negative repercussions on nursing professionals, mainly because they are responsible for taking care of terminally ill patients, which brings them closer to their own dying process. As conveyed in the final year project, it is important to include palliative care, as well as effective coping strategies to diminish the effects of negative feelings that patient deaths create on nursing professionals.

Objectives: The goal of the study is to get a better understanding of the attitude primary care nursing professionals demonstrate towards human death, as well as, determining the coping mechanisms used while confronting loss, specifically in the Getafe area

Methodology: A descriptive, cross-sectional, observational study will be carried out. A non-probabilistic consecutive sampling will be carried out, taking as a reference the total number of primary care nurses in Getafe. The participants who make up the final sample will be given a battery of questions related to the objectives of the study. The data will be coded and analyzed to conclude on the results.

Implications for nursing: Due to the current pandemic situation, there has been an increase in deaths at home. It is considered important to know how primary care nursing professionals manage their emotions and feelings regarding the dying process of their patients, considering the transferences and countertransference's that are generated in the therapeutic relationship at the end of life. It is necessary to reinforce positive attitudes and the level of training related to preparation for death so as not to interpret it as a professional failure, but rather as an inevitable process in nursing work, whose main objective should be to provide quality care to patients at the end of life

Key words:

1. Presentación.

La muerte ha tenido diferentes connotaciones a lo largo de la historia. En la actualidad nuestra sociedad siente un rechazo a la muerte intentándola evitar. La muerte ha pasado de verse como un proceso natural a vivirse con miedo y evitación, inhibiendo las manifestaciones de duelo respecto a ella.

La muerte en el ámbito sanitario está presente en el día a día, siendo el fallecimiento de los pacientes un hecho que no se puede negar. Los profesionales son las personas que deben acompañar a los pacientes y familiares en los últimos días, siendo importante la calidad de ese acompañamiento. Es importante que los profesionales hagan frente a la muerte desde una perspectiva profesional sana, evitando su rechazo, angustia o tristeza, ya que esto repercutirá en los cuidados que presten a sus pacientes.

Es importante la formación de los profesionales sanitarios en temas de final de vida, ya que se ha demostrado que una adecuada formación mejora las actitudes frente al proceso del morir de sus pacientes y con ello la calidad de los cuidados. Esa formación también repercute en el manejo de los sentimientos hacia los pacientes, evitan la deshumanización o distanciamiento.

Durante mi trayectoria docente viví de cerca los cuidados paliativos en pacientes oncológicos, y pude experimentar los sentimientos mencionados anteriormente.

Acompañar a pacientes que expresaban sus sentimientos de abandono por parte de los profesionales me motivó a realizar el trabajo fin de grado sobre este tema.

La enfermería no solo consiste en curar o promover la salud, también implica acompañar a los pacientes en situación terminal sabiendo que no se puede hacer nada para evitar la muerte, solamente proporcionar calidad de vida a estos pacientes y ayudarles a que vivan lo más activamente posible hasta el final. Se considera imprescindible que los profesionales sepan manejar de manera correcta sus emociones evitando que aparezcan síndromes de agotamiento profesional o el desgaste por compasión.

2. Estado de la cuestión.

2.1 Fundamentación.

“La enfermedad terminal es una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que no responde a ningún tratamiento específico y que presenta síntomas multifactoriales y cambiantes. La enfermedad terminal va a producir un gran impacto para el paciente y su familia relacionado con el tema del afrontamiento a la muerte. Los pacientes considerados como pacientes terminales tienen un pronóstico de vida limitado” (1).

Los objetivos en los cuidados de estos pacientes son: (1)

- Proporcionar un adecuado confort.
- Prestar una atención integral. Proporcionando cuidados en todas las esferas (físicas, emocionales, sociales y espirituales).
- Entender al enfermo y su familia como una unidad única de cuidado.
- Garantizar la dignidad y calidad de vida del paciente.
- Ofrecer un ambiente de intimidad donde se proporcione una buena comunicación.

El cuidado de los pacientes al final de la vida supone en los profesionales un conflicto emocional entre el ámbito profesional y personal.

Los profesionales sanitarios desarrollan una serie de mecanismos de defensa a la hora de tratar con la muerte de sus pacientes. Estos mecanismos de defensa van desde la deshumanización del cuidado, hasta el bloqueo emocional y la falta de expresión de sentimientos por parte del profesional (2).

Mientras que en el ámbito humano los profesionales sienten la necesidad de expresar sus emociones puesto que los profesionales crean un vínculo afectivo con los pacientes.

Para proporcionar un correcto cuidado a estos pacientes es necesario que los profesionales estén preparados emocional y cualificadamente para que no suponga un desgaste emocional para ellos (2).

2.1.1 Conceptualización y marco histórico de la muerte.

La muerte es *“un proceso único, universal y natural”* (3). Existen muchos significados de la muerte debido a que para cada persona la muerte puede tener un significado o una interpretación diferente. Los diferentes significados que se pueden asociar al proceso del morir

van a depender de la época histórica, las experiencias personales, la cultura o la religión. Por lo que la muerte puede contemplarse desde la dimensión cultural y la dimensión social (4).

La sociedad da importancia a la conservación de la vida, por lo que enfrentarse a la muerte es la principal causa de ansiedad para las personas generándoles sentimientos y actitudes negativas llegando a tratar la muerte como un tema tabú. Por lo que se puede decir que en la actualidad hay un rechazo y una evitación frente a la muerte debido a que es una de las principales causas de miedo y angustia en las personas (5).

El proceso del morir no solo debe entenderse como un proceso individual que implica a la persona que fallece, sino que debe contemplarse además desde un enfoque grupal incluyendo en esta perspectiva el sufrimiento de todas aquellas personas que tengan un vínculo afectivo con la persona que fallece (6).

La muerte es un acontecimiento intrínseco en la vida humana y su afrontamiento depende de factores culturales, sociales y personales. La manera de abordar el fenómeno de la muerte ha ido cambiando y evolucionando a lo largo de la historia. Algunos de los aspectos que han sido modificados en relación con el tema, son: (7)

- La forma de morir (desde una visión natural a una visión más medicalizada.)
- El lugar donde se muere.
- El protagonismo de la persona que muere.
- Las actitudes de los demás hacia la muerte.

Philippe Ariès, sostiene que la actitud frente a la muerte se divide en dos perceptivas.

La primera perspectiva abarca desde el siglo VI hasta el siglo XVIII y es definida como “la muerte doméstica”. La muerte era entendida como un acto público en el que la presencia de familiares y amigos de la persona que fallecía tenía una gran relevancia, se aceptaba la muerte como un proceso natural en el cual las emociones relacionadas con la pérdida del ser querido eran más limitadas. Las personas esperaban la muerte de una forma más natural y espiritual (6).

La segunda perspectiva que abarca desde el siglo XVIII hasta la actualidad es definida como “la muerte invertida”. La manera de entenderla cambia y pasa de ser un proceso familiar a un proceso medicalizado

en los hospitales y manejado por los profesionales sanitarios (6).

En la actualidad el proceso del morir ha obtenido valores científico- técnicos. El avance en la medicina cuyo objetivo es prolongar la vida, ha hecho que la muerte pase a ser vivida como

un fenómeno natural, a comprenderse como un fracaso profesional, del que se intenta no hablar y que produce sentimientos como la ansiedad y miedo (6).

Según el Instituto Nacional de Estadística, el número total de fallecidos en el año 2020 ha sido 492.930 siendo más elevado el número de fallecidos en el sexo masculino (8).

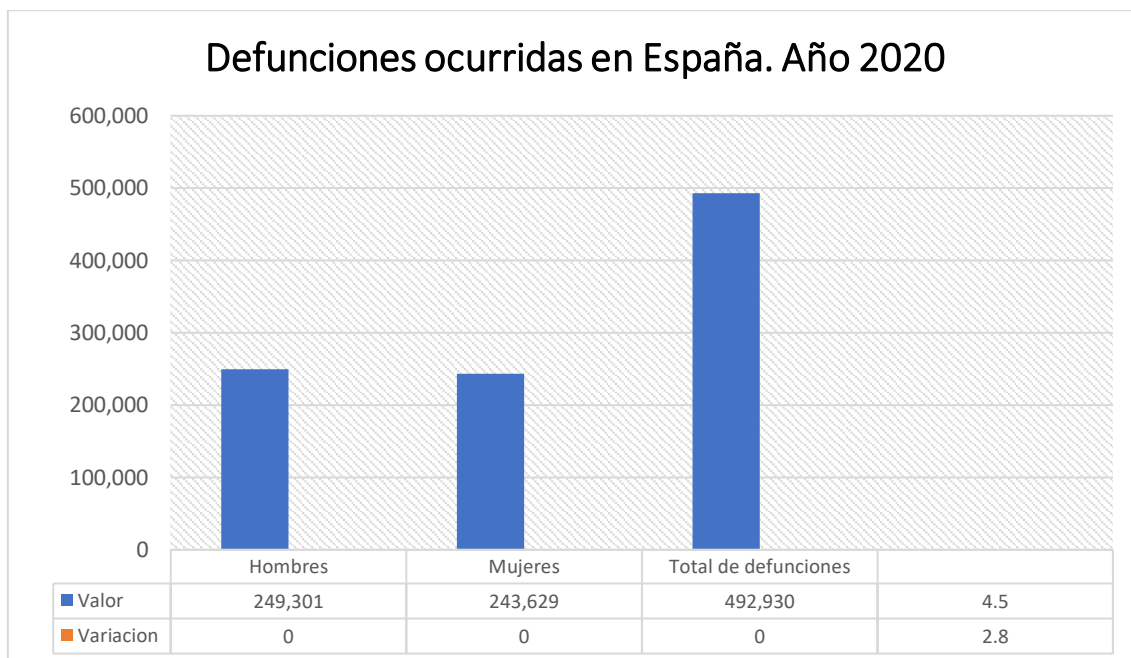


Tabla 1. Defunciones en el año 2020 en España. Fuente: INE (elaboración propia)

El Instituto Nacional de Estadística, muestra las causas más prevalentes de mortalidad en el año 2020 recogidas en la siguiente tabla (9).

Defunciones según la causa de muerte más frecuente. Enero-mayo 2020

	Enero a mayo		Enero y febrero		Marzo, abril y mayo	
	Valor	Variación	Valor	Variación	Valor	Variación
Total enfermedades	231.014	23,2%	78.784	-4,3%	152.230	44,8%
Covid-19 virus identificado	32.652	--	--	--	32.652	100,0%
Covid-19 sospechoso	13.032	--	--	--	13.032	100,0%
Enfermedades isquémicas del corazón	13.015	-3,6%	5.479	-9,9%	7.536	1,6%
Enfermedades cerebrovasculares	11.317	-0,3%	4.714	-2,4%	6.603	1,3%
Demencia	9.284	-4,8%	3.927	-9,5%	5.357	-1,0%

Tabla 2. Defunciones según la causa de muerte más frecuente en España. Fuente: INE

2.1.2 Aspectos psicológicos de la muerte.

El duelo se define como “*Proceso normal que sigue a cualquier pérdida ya sea de un ser querido o de un objeto con el que se mantiene una relación afectiva*”. La definición de duelo implica tres conceptos (10).

- Es un proceso directamente proporcional con el tiempo, es decir, cada persona necesitará un tiempo diferente para poder abordar el duelo.
- Es un proceso activo, la toma de decisiones servirá para resolver de manera adecuada el duelo.
- El que sea un proceso implica que todas las personas por el hecho tener sentimientos hacia alguien o algo pasara por este proceso.

Es importante saber diferenciar los procesos que no forman parte del proceso del duelo, estos procesos son los siguientes:

- Una enfermedad, aunque la persona puede identificarse como enferma
- Una depresión, en el duelo no hay pérdida de la autoestima mientras que en la depresión sí.

Cuando se hace referencia al termino duelo, es necesario mencionar a Worden y a Kübler – Ross. Worden habla de tareas en lugar de fases o etapas, con el objetivo de hacer al sujeto participe activo del proceso del duelo (10).

- Asumir la realidad de la pérdida.
- Afrontar las emociones relacionadas con el duelo.
- Aprender a vivir sin la persona que fallece, puesto que la persona ya no está.
- Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

Mientras que Kübler-Ross, determino las 5 fases que vivenciaran los pacientes y familias para poder aceptar y entender la muerte (11).

1. Fase de negación:” *El hombre construye barreras sobre sí mismo*” La fase de negación aparece como respuesta al conocimiento sobre el diagnóstico de la enfermedad terminal. La negación brusca de los pacientes aparece cuando los profesionales sanitarios comunican este diagnóstico de forma brusca, sin considerar la reacción de los pacientes, ya que su prioridad es hacerlo cuando antes. Es importante explicar detalladamente el diagnóstico y los cuidados que se realizaran para conseguir que el paciente conozca su estado de salud y en el momento en el que se encuentre preparado establecer un dialogo sobre su enfermedad con los profesionales y familiares (11).

2. Fase de ira:” *El paciente interpreta mal el mundo y siente que le defrauda*” Tras la fase de negación aparecen los sentimientos de rabia, ira y resentimiento en la que los pacientes se preguntan porque son ellos los que se encuentran en esa situación. Esta fase es muy difícil de afrontar tanto para la familia como para los profesionales por los sentimientos de enfado que expresa el paciente. Es importante comprender la situación por la que atraviesa el paciente y acompañarlo durante el proceso siendo para ellos un sistema de ayuda (11).
3. Fase de negociación: La negociación es un intento de posponer los hechos a cambio de una buena conducta por parte de los pacientes, cuyos deseos en esta fase es una prolongación de la vida o pasar días sin dolor. En esta fase es muy común que los pactos se realicen con Dios en las personas creyentes o personas que no son creyentes pero que lo ven como una esperanza. Es importante que los profesionales sanitarios detecten si los pacientes experimentan sentimientos de culpabilidad (11).
4. Fase de depresión: La fase de depresión aparece cuando el paciente no puede seguir negando su enfermedad, ya que aumenta el número de hospitalizaciones, procedimientos y síntomas relacionados con su diagnóstico. Por lo que los sentimientos descritos en la fase anterior de rabia e ira son sustituidos por una sensación de pérdida (11).
5. Fase de aceptación: La fase de aceptación hace referencia al descanso final. Es importante no asociar la fase de aceptación con una fase feliz. En esta fase es muy importante que los profesionales sanitarios reconozcan el mérito a los pacientes de poder haber conseguido llegar hasta esta fase. Es importante dialogar y escuchar al paciente y mostrarle todo el apoyo del equipo (11).

2.1.3 Actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte.

La medicina actual tiene como objetivo la prolongación y el mantenimiento de la vida, por lo que en los hospitales los profesionales intentan evitar la muerte ya que genera en ellos un gran impacto emocional debido a que se ven obligados a hacer frente a su propia muerte (5,12).

En la actualidad a los profesionales sanitarios se les prepara para hacer frente a una enfermedad y conseguir su curación, pero inevitablemente estos profesionales también deberán hacer frente a la muerte de sus pacientes ya que es un proceso inevitable en la vida de las personas (12). Para los enfermeros la muerte de sus pacientes significará un conflicto emocional implícito en su labor diaria. Los enfermeros son los profesionales sanitarios que desarrollan la labor asistencial más cercana a los pacientes permitiéndoles crear vínculos

afectivos con ellos y con la familia. De la misma manera están en continuo contacto con la muerte experimentando emociones profundas y sentimientos antagónicos (13).

Estas emociones están condicionadas por: (14)

- La edad.
 - La edad del profesional.
 - La edad de los pacientes. Los profesionales refieren un mayor impacto de sentimientos negativos cuanto menor es la edad del paciente.
- Género: Los hombres tienen una mejor aptitud frente a la muerte que las mujeres.
- Las experiencias propias del profesional con la muerte.
- Formación educativa en aspectos relacionados con la muerte y los cuidados paliativos.
- Lugar de trabajo. La muerte puede percibirse como un fracaso profesional dependiendo del servicio donde se produzca.
- Causa de la muerte. Los profesionales refieren tolerar mejor la muerte prolongada que la repentina.

Trabajar diariamente con pacientes al final de la vida influye tanto en el ámbito laboral como en el ámbito personal, generando sentimientos positivos (para algunos profesionales la muerte significa satisfacción personal y laboral cuyo objetivo ha sido acompañar y prestar cuidados de calidad a los pacientes en su última etapa) o también pueden aparecer sentimientos negativos como la impotencia, la tristeza, la ansiedad o el miedo provocando en los profesionales el sentimiento de culpa y la pérdida de confianza en ellos mismos (13).

A modo de mecanismo de defensa y para que la muerte les influya de la menor manera posible, aparece en los profesionales una inhibición emocional con los pacientes, tomando distancia en el trato e incluso cayendo en la deshumanización del cuidado, con el objetivo de disminuir la angustia que les produce el continuo contacto con la muerte (15).

El contacto con la muerte produce un dolor emocional que afecta en la vida personal de los profesionales que tienen que hacer frente al cuidado de los pacientes terminales, por lo que muchos profesionales se ven impulsados a limitar el contacto con el paciente y con la familia como un mecanismo de autodefensa (13).

Muchos profesionales sanitarios asocian la muerte al fracaso laboral y personal, por lo que viven este acontecimiento como experiencia negativa que ocasiona un importante desgaste emocional (12).

Actualmente los profesionales de enfermería cuentan con poca formación para manejar de manera correcta la muerte de los pacientes. Es necesario que a estos profesionales se les forme en destrezas y habilidades tanto en la carrera universitaria como en su carrera

profesional para prestar una atención de calidad a los pacientes terminales y ser capaces de cuidar a este tipo de pacientes hasta el final de sus vidas (12).

También se debe reflexionar sobre el lenguaje verbal y no verbal empleado al tratar a este tipo de pacientes, ya que en muchas ocasiones el lenguaje no verbal puede transmitir mucho más que las propias palabras. El lenguaje que se debe utilizar es un lenguaje prudente y honesto. No se debe olvidar que el cuidado del paciente se debe llevar a cabo por todos los profesionales que forman el equipo sanitario, por lo que es necesario un correcto trabajo en equipo (12).

Otras de las dificultades que encuentran estos profesionales son las estructuras físicas en los hospitales, los cuales dificultan la adaptación de espacios que proporcionen tanto a los pacientes como a los profesionales intimidad. La excesiva carga de trabajo y el escaso apoyo que reciben por parte de otros miembros del equipo sanitario dificultan el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería que repercutirá en los cuidados que proporcionen a los pacientes (12).

2.1.4 Vivencia de la muerte en las unidades de cuidados intensivos y urgencias.

Las unidades de cuidados intensivos y de urgencias tienen como objetivo principal el mantenimiento y conservación de la vida. Los profesionales sanitarios de estos servicios están cualificados para proporcionar una atención de calidad a los pacientes que se encuentran en un estado crítico de salud. Inevitablemente en estos servicios existe un alto nivel de mortalidad debido a la gravedad de los pacientes que se encuentran en ellas y por tanto los profesionales viven de manera continua la muerte de sus pacientes. Este hecho es interpretado como un fracaso profesional y personal para los trabajadores de estas áreas, provocando en ellos sentimientos como la impotencia y la frustración (16,18).

El profesional de enfermería vive de manera continua en el proceso del morir de los pacientes terminales, provocando en ellos un agotamiento emocional relacionado con el sufrimiento de los pacientes, la escasa formación en la prestación de cuidados al final de la vida y la expectativa poco realista de la familia (19). Los profesionales describen la última etapa de los pacientes como un periodo duro y triste (20).

Estas unidades son consideradas ambientes laborales donde prima el estrés (relacionado con el dolor del paciente, la importancia y rapidez en la toma de decisiones y la muerte), la ansiedad y la excesiva carga de trabajo de los profesionales que trabajan en ellas repercutiendo en la calidad de los cuidados. A esto se debe añadir que en estas unidades se encuentran una serie de barreras que dificultan proporcionar unos adecuados cuidados

paliativos (4). Estas barreras incluyen dificultades estructurales, organizativas, relacionales, comunicativas y formativas (4).

Como consecuencia del impacto emocional, los profesionales aplican inconscientemente mecanismos de defensa como la despersonalización o la inhibición emocional para evitar el sufrimiento que produce vivir la muerte de los pacientes. Pudiendo convertirse en profesionales fríos y distantes (4,15).

Para mejorar el afrontamiento de la muerte es necesario incluir los cuidados paliativos en estas unidades. Los cuidados paliativos han demostrado fomentar actitudes positivas y por lo tanto mejorar la autoeficacia en respuesta a la muerte, mejorando así la atención a los pacientes terminales en estos servicios (16).

2.1.5 La muerte y los cuidados paliativos.

La OMS define los cuidados paliativos como *“enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida, con un pronóstico inferior a 6 meses a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”*. La fundadora de los cuidados paliativos fue Cicely Saunders quien determinó el significado de dolor total en los cuidados paliativos teniendo en cuenta la esfera emocional, social, espiritual, física y económica (21).

La labor diaria de enfermería en las unidades de cuidados paliativos es estar en contacto con procesos terminales, lo que conlleva a que los profesionales de estos servicios vivan situaciones estresantes y exigentes relacionadas con la toma de decisiones al final de la vida y el contacto con el sufrimiento de los pacientes y sus familias (22).

Los factores más estresantes en el área paliativa son:

- Falta de tiempo y de personal
- Dificultad en las relaciones con el paciente y su familia
- La muerte

Las enfermeras que trabajan en servicios de cuidados paliativos muestran una actitud más positiva frente a la muerte y su evitación, ya que la perciben como un proceso natural e inevitable (23). Las actitudes positivas ayudan a estos profesionales a responder a las preocupaciones de los pacientes en su etapa final de la vida y dará un mejor resultado en su trabajo. Para conseguir un mejor afrontamiento respecto a la muerte las enfermeras paliativas deben hacer frente a sus propias percepciones sobre la muerte, (24) cambiar su concepción

de trabajo y asumir que su papel no es salvar vidas, sino acompañar y aliviar el sufrimiento hasta el final de la vida, de esta manera son capaces de asimilar las diversas situaciones que experimentan los pacientes (25-27). Las enfermeras que desarrollan su labor en los cuidados paliativos tienen una mayor autoeficacia y una menor ansiedad que les permite hacer frente a las situaciones estresantes como es la muerte (26). El trabajo en cuidados paliativos, a pesar de ser un trabajo donde existe un gran desgaste emocional y con un alto riesgo de agotamiento, los profesionales que trabajan en ellas describen su trabajo como una labor gratificante que les ayuda a enfrentar y convivir con situaciones difíciles inherentes en su labor asistencial (28).

2.1.6 La muerte en atención primaria.

Debido a los diferentes avances científicos y tecnológicos se considera que el hospital es el sitio idóneo para el fallecimiento de una persona, por lo que se puede suponer que este será el lugar elegido por todos los pacientes en su etapa final de la vida. Muchos pacientes prefieren y piden morir en sus domicilios ya que consideran sus hogares lugares más íntimos, que proporcionan más comodidad y que les permiten estar acompañados de sus seres queridos. Proporcionar unos correctos cuidados paliativos en los hogares requerirá una adecuada coordinación entre el centro de salud, el hospital y los equipos de soporte paliativo domiciliario (29). Los profesionales de atención primaria adquieren una gran importancia durante el proceso terminal de los pacientes ya que pertenecen al primer nivel sanitario, y por tanto el más accesible. Estos profesionales conocen la situación de los pacientes a los que tratan por lo que les permitirá estar presentes de manera continua en los cuidados paliativos de los pacientes que deseen morir en sus domicilios (30). Debido a la continua relación de los profesionales de atención primaria con sus pacientes pueden aparecer sentimientos como frustración, impotencia y cansancio que pueden provocar comentarios desafortunados que aumentaran la angustia de las familias (31).

Proporcionar cuidados paliativos en el ámbito de la atención primaria conlleva una serie de dificultades que hace más difícil el trabajo de estos profesionales y por tanto repercutirá en la calidad de los cuidados. Estas dificultades son: poca formación en los cuidados paliativos y en las destrezas comunicativas que aborden este tema, la dificultad en la coordinación con otros equipos sanitarios y la falta de recursos (30).

Tras haber consultado la literatura científica no se han encontrado estudios que hagan referencia a las vivencias ante la muerte de los profesionales de atención primaria

2.1.7 Síndrome de Burnout.

Los profesionales sanitarios que trabajan en servicios de alta demanda emocional suelen ser un grupo de riesgo para padecer agotamiento emocional e insatisfacción laboral, conocido como el Síndrome de Burnout (32).

El síndrome de Burnout está formado por tres dimensiones, las cuales son: (32,33)

- Las variables sociodemográficas. Están relacionadas con la edad, sexo y el estado psicológico actual del profesional.
- Las variables individuales. Relacionadas con la calidad en las habilidades comunicativas y capacidad en la toma de decisiones.
- Las variables relacionadas con la organización y gestión de los servicios sanitarios.

Este síndrome tiene una relación significativa entre la ansiedad ante la muerte y el riesgo de su aparición (34) por lo tanto, hay más riesgo de aparición en servicios donde los profesionales están a cargo de situaciones exigentes y con un alto impacto emocional.

El Burnout está directamente relacionado con el lugar de trabajo siendo las áreas de cuidados paliativos, las unidades de cuidados intensivos y las urgencias los sitios con mayor riesgo de incidencia del síndrome debido a que los profesionales de estas áreas están en continuo contacto con el sufrimiento de los pacientes y la muerte de estos en un corto periodo de tiempo, lo que provoca un impacto emocional a los sanitarios que cuidan de estos pacientes (32). En estos servicios el profesional debe sentir una gran satisfacción con el papel que desarrolla, de esta manera podrá evitar el riesgo de aparición del Burnout. Una excesiva empatía puede ser un condicionante para que aparezca la fatiga por compasión en los profesionales que proporcionan cuidados al paciente al final de vida (35).

Hay factores que ayudan a prevenir o disminuir el Burnout. El factor protector más importante es la satisfacción laboral. Otros factores también implicados son: (32)

- Que el profesional sanitario tenga vínculos estables y positivos en su esfera personal
- Los profesionales deben apoyarse en técnicas de relajación y grupos de ayuda.
- Deben mejorar el autocuidado.
- Es necesario la formación correcta en cuidados paliativos cuando se está a cargo de pacientes terminales, debiendo incidir en la necesidad de una correcta toma de decisiones y los cuidados relacionados con el paciente crítico. Debido a la formación que tienen los profesionales de las áreas de paliativos tienen una menor incidencia que en el resto de otros servicios, aunque por la carga emocional a la que están expuestos sus trabajadores, sean las áreas de mayor riesgo (32,36).

2.1.8 Estrategias de afrontamiento.

Los profesionales deben ser capaces de proporcionar cuidados paliativos a pacientes en situación terminal independientemente del servicio en el que desarrollen su labor asistencial. Como mecanismo de protección emocional, los profesionales buscan estrategias que les ayuden a disminuir el impacto de las emociones negativas que aparecen como consecuencia de trabajar ante situaciones difíciles donde hay una gran implicación de sentimientos que rodean al paciente y a los trabajadores (23).

Las estrategias de afrontamiento se pueden diferenciar en: (23,37)

- **Estrategias de afrontamiento primarias:**
 - Distanciamiento: El profesional sanitario intenta conseguir una desvinculación emocional con la situación que le genera angustia, sufrimiento y el fin de la vida del paciente, para ello ve necesario un distanciamiento emocional con el paciente. Esto puede provocar que los profesionales se vuelvan personas distantes y frías y deshumanicen la atención al final de la vida.
 - Aceptación: Otros profesionales optan por la aceptación de la muerte como un proceso inevitable y natural al que deben hacer frente y proporcionar la mejor atención a los pacientes terminales. La aceptación llega cuando se han superado etapas anteriores las cuales son: negación- distanciamiento, ira, negociación y depresión.
- **Estrategias de afrontamiento secundarias:**
 - Autocuidado: Los profesionales que trabajen en ámbitos donde las emociones y sentimientos juegan un papel importante como pueda ser en los servicios donde el nivel de mortalidad de los pacientes sea elevado debido a su estado crítico e inestable de salud, deben saber separar la vida laboral de su vida personal, encontrando vínculos positivos que les hagan desconectar del trabajo como buenos vínculos con la familia, amigos, actividades de ocio y si fuera necesario apoyo emocional en otros miembros del equipo o en grupos de apoyo.
 - Aumentar la satisfacción por compasión, que se puede definir como sensación positiva al alivio del sufrimiento de los pacientes y una actitud positiva en el trabajo. Esto se consigue asumiendo el papel fundamental de su trabajo al cuidado de los pacientes terminales (36).

A parte de las estrategias mencionadas anteriormente es necesario proporcionar una adecuada formación en el ámbito de los cuidados paliativos, que mejore la capacidad de comunicación de malas noticias, la capacidad de tomar decisiones y el buen control de

síntomas. La formación debe proporcionarse durante la carrera universitaria como a lo largo de la vida profesional (12).

El estudio death café utilizado en los estudiantes de enfermería consistió en permitir a los alumnos hablar y expresar sus emociones relacionadas con la muerte en un ambiente informal, cuyo objetivo es conseguir un mejor manejo emocional con el objetivo de conseguir una mejor vivencia de situaciones emocionalmente complejas como pueda ser el cuidado de pacientes terminales (38). El estudio concluyó con que proporcionar una educación emocional es una estrategia de afrontamiento que permitirá a la persona hacer frente a situaciones complejas como la pérdida o el sufrimiento (39). Es necesario cambiar la concepción sobre tratar la muerte como un tema inevitable y a la necesidad que deben tener los profesionales para poder hacer un correcto uso de sus emociones (38-40).

Otro requisito para proporcionar un buen cuidado es un cambio en la organización, donde en los hospitales no solo se vean como sitios fríos, sino también lugares donde proporcionar una "buena muerte" donde sus espacios proporcionen más intimidad, la carga de pacientes por profesional sea menor aumentando el tiempo que el profesional pueda dedicar a los pacientes y una mejor coordinación entre los distintos niveles sanitarios para poder proporcionar una buena atención al final de la vida a aquellos pacientes que deseen morir en sus domicilios (12).

2.2 Justificación.

Como se ha visto anteriormente, la muerte influye en los profesionales sanitarios tanto en la esfera laboral como en la personal.

Desde el año 2020 hasta la actualidad, se ha producido un aumento en el número de pacientes fallecidos en sus hogares, esto implica que son muchos los profesionales que han tenido que hacer frente a la muerte de los pacientes provocando en ellos un importante impacto emocional. Como se ha podido recoger en el trabajo, en general los profesionales sanitarios presentan una actitud evitativa frente al proceso del morir siendo las actitudes más comunes la tristeza, el miedo y la ansiedad, repercutiendo directamente en la calidad de los cuidados que se proporcionan a los pacientes terminales y a sus familiares.

La información recogida en este trabajo refleja que la muerte de los pacientes puede vivenciarse de maneras diferentes según el área sanitaria donde se produce este hecho y las variables que influyen en los profesionales como: la edad del profesional y del paciente, las experiencias con la muerte que haya vivido cada profesional, la causa de la muerte y el género.

Dado que gran parte de la cartera de servicios de atención primaria está orientada a promover la salud y prevenir la enfermedad, los enfermeros de atención primaria presentan dificultades a la hora de hacer frente a los cuidados de pacientes terminales, siendo clara la escasez en la formación en el manejo del proceso del morir.

Estos dos últimos años ha habido un aumento en el número de pacientes que han fallecido en sus domicilios, debido a la (saturación de los hospitales en relación con la pandemia por SARS COV 2) los profesionales de atención primaria han tenido que hacer frente al proceso del morir de estos pacientes siendo los responsables de proporcionar una correcta atención al final de la vida.

El objetivo del presente trabajo es estudiar mediante cuestionarios el afrontamiento y actitudes de los profesionales sanitarios de los centros de salud del municipio de Getafe situado en la comunidad autónoma de Madrid. Para ello, se han recogido datos del número de habitantes y defunciones del año 2020 de este municipio (41,42).

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	2020	2020	2020
Municipio de Getafe	185.180	90.403	94.777

Tabla 3. Población del municipio de Getafe año 2020. Fuente: INE



Tabla 4. Tasa bruta de mortalidad en el municipio Getafe año 2020. Fuente: Ayuntamiento de Getafe

3. Objetivos.

3.1 Objetivo general.

Conocer las actitudes y el nivel de afrontamiento frente a la muerte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Getafe.

3.2 Objetivos específicos.

- Identificar la percepción que provoca la muerte en los profesionales de enfermería.
- Conocer el nivel de miedo frente a la muerte de los pacientes y a la propia muerte en los profesionales de enfermería
- Fomentar y mejorar los mecanismos de afrontamiento de cada profesional frente a la muerte.
- Estudiar la importancia de la influencia de variables sociodemográficas con relación al afrontamiento y ansiedad frente a la muerte en los profesionales de enfermería

4. Metodología.

4.1 Diseño del estudio.

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de carácter transversal ya que tiene como objetivo conocer las actitudes y el nivel de afrontamiento frente a la muerte en los profesionales sanitarios de enfermería de atención primaria mediante una sola medición y no siguiendo la muestra a lo largo del tiempo. Enfocado en determinar las actitudes, y el nivel de afrontamiento que experimentan estos profesionales a la hora de trabajar con pacientes terminales y por tanto a integrar en su labor profesional el contacto con la muerte.

Se ha elegido este modelo de estudio ya que se pretende observar las actitudes y describir el nivel de afrontamiento frente a la muerte de un grupo concreto de la población. En este caso nos referimos a los profesionales de enfermería de los centros de salud de Getafe.

La duración de este proyecto de investigación tendrá una duración estimada de 8 meses.

4.2 Sujetos de estudio.

La población diana del presente estudio la constituyen los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Madrid.

Se tomará como población accesible a los enfermeros de Atención primaria de los Centro de Salud de Getafe.

El municipio de Getafe cuenta con 9 centros de salud y un total de 90 profesionales de enfermería, repartidos de la siguiente manera:

- Centro de salud de Getafe Norte: 8 enfermeros.
- Centro de salud de Perales del Rio: 6 enfermeros.
- Centro de salud Sánchez Morate: 9 enfermeros.
- Centro de salud de las Margaritas: 15 enfermeros
- Centro de salud de las Ciudades: 12 enfermeros
- Centro de salud el Greco (alhóndiga): 8 enfermeros
- Centro de salud del bercial: 8 enfermeros
- Centro de salud Los Ángeles: 15 enfermeros
- Centro de salud del Sector III: 9 enfermeros

Se realizará un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo tomando como referencia el número total de enfermeros que expresen su voluntad de participar en el estudio y que además cumplan los criterios de inclusión/exclusión.

Se aplicará el muestreo consecutivo debido a la intención de incluir en el estudio a todos los sujetos que conforman la población accesible, con la intención de conseguir una muestra final del mayor tamaño posible, pudiendo así extrapolar los resultados a la población diana.

Referente al tamaño muestral, cabe destacar que se desconoce que el número total de enfermeros colegiados en la Comunidad de Madrid que trabajen en Atención primaria, por lo que resulta imposible aplicar cálculos del tamaño de la muestra de tal manera que se estipule en número de enfermeros necesarios para conseguir una muestra representativa.

El tamaño de la muestra final no se puede prever debido a que depende de los criterios de inclusión y de la voluntad de participación en el estudio.

Criterios de inclusión

Trabajar en un Centro de Salud de Getafe en el momento de la recogida de datos.

Tener una antigüedad mínima de un año en Atención Primaria.

Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Estar de baja laboral en el momento de la recogida de datos.

Estar de vacaciones en el momento de la recogida de datos.

4.3 Variables.

Para llevar a cabo el estudio se recogerán las siguientes variables y cuestionarios.

Edad: Variable cuantitativa continua, medida en años, recogida a través del cuestionario de datos sociodemográficos. Es fundamental recoger esta variable para observar si la actitud del profesional de enfermería depende de la misma.

Sexo: Variable cualitativa, nominal dicotómica, expresada con las abreviaturas M/V (Mujer/Varón), recogida a través del cuestionario sociodemográfico. Necesaria para demostrar su relación con la actitud frente a la muerte, ya que existe evidencia científica de que los hombres tienen mejor actitud frente a la muerte que las mujeres.

Estado civil: Variable cualitativa nominal politómica, expresada con las siglas C, S, D y V (Casado/ Soltero/ Divorciado/ Viudo). Es necesaria su inclusión para demostrar si la ansiedad y actitud ante la muerte varía en función de vivir en pareja o no.

Hijos: Variable cualitativa nominal dicotómica, expresada en Si/No y cuantitativa expresada en números para recoger el número de hijos de cada participante. Es interesante estudiar dicha variable ya que hay evidencia científica que muestra que el hecho de tener descendencia aumenta los niveles de ansiedad ante la muerte.

Años de experiencia en el servicio: Variable cuantitativa discreta de intervalo. Expresada en intervalos entre (0 -5 años) / (<10 años) / (>10 años), recogida a través del cuestionarios sociodemográfico. Es importante estudiar si los años de experiencia en el servicio influyen en la ansiedad y afrontamiento de los profesionales frente a la muerte.

Formación de preparación frente a la muerte: Variable cualitativa, de tipo nominal dicotómica, expresada en Si/No. Sería interesante estudiar esta variable para determinar si existen diferencias en cuanto a la ansiedad y afrontamiento de la muerte en los profesionales de enfermería con formación en el tema.

Ansiedad frente a la muerte: Variable cualitativa ordinal, medida y recogida mediante la aplicación de la escala ansiedad ante la muerte de Templer. Se pasará en formato físico a los participantes para conocer el nivel de ansiedad frente a la muerte en los profesionales de enfermería en atención primaria de los centros de salud de Getafe. Es importante estudiar la variable de ansiedad mediante este cuestionario para conocer el grado de ansiedad que experimentan los profesionales en enfermería de atención primaria de Getafe en relación con vivenciar el proceso del morir de sus pacientes.

Afrontamiento de la muerte: Variable cualitativa ordinal, medida y recogida mediante la aplicación de Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen. Se pasará en formato físico a los participantes para conocer el nivel de afrontamiento frente a la muerte en los profesionales de enfermería en atención primaria de los centros de salud de Getafe. Es necesario estudiar mediante este cuestionario el nivel de afrontamiento ante la muerte en estos profesionales para así poder determinar el objetivo del estudio.

4.4 Instrumentos de recogida de datos.

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales: Instrumento construido “ad-hoc” que incluye las variables personales, sociales y laborales utilizadas en el estudio. Estas variables se recogerán divididas en los subgrupos de: edad, sexo, estado civil, hijos, años de experiencia y formación relacionada con la preparación a la muerte. Anexo 2

Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970): (Versión adaptada al español por Tomás-sábado & Gómez-Benito, 2002). Esta escala es uno de los instrumentos más utilizados para estudiar el nivel de ansiedad frente a la muerte en los profesionales sanitarios. Hace referencia a pensamientos y sentimientos de temor relacionados con el proceso del morir. Esta escala está formada por 15 ítems con respuesta verdadera- falsa para cada uno de ellos. Cada elemento se contabiliza con un punto, siendo el resultado el sumatorio de todas las respuestas. De esta manera la escala presenta un rango de posibles puntuaciones totales entre 0-15 puntos, reflejando mayor ansiedad ante la puntuación más alta en la escala (15 puntos). Los rangos de diagnóstico de la escala según la puntuación se dividen de la siguiente manera: 0 – 5 (Ansiedad mínima o nada) de 5 – 10 (Ansiedad moderada) de 10 – 15 (Ansiedad alta) (43,44). Anexo 3

Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen (1980): (Versión adaptada por Aradilla Herrero, A., & Tomás-sábado). Esta escala mide la capacidad y competencias que tienen los profesionales sanitarios para manejar la muerte tanto de sus pacientes como la muerte propia y el conocimiento relacionado con la preparación a la muerte. La escala está formada por 30 ítems, con respuestas de tipo Likert, cuyas opciones van de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 7 (“totalmente de acuerdo”) siendo el resto de los valores, puntuación neutra. La puntuación total refleja la capacidad de los profesionales para manejar la muerte mediante la suma de todos sus ítems, donde la puntuación de los ítems 13 y 24 deben invertirse a la hora de corregir la escala. Los resultados de la escala pueden oscilar entre 30 a 210 puntos siendo una puntuación inferior a 105 puntos afrontamiento inadecuado y una puntuación mayor de 157 puntos afrontamiento óptimo (45). Anexo 4

4.5 Procedimiento de recogida de datos.

La fase inicial del estudio es la toma de contacto con la población accesible. Para ello, se concertarán reuniones con los supervisores de cada centro de salud de Getafe, con el fin de dar a conocer el estudio, sus objetivos y las aportaciones que se pretenden conseguir con ello.

Una vez que se haya informado sobre el estudio a cada responsable de los distintos centros, se concretará una visita con los profesionales de enfermería de cada centro en el horario del cambio de turno consiguiendo así que ambos turnos estén presentes en la visita. Se realizarán tres visitas a la semana, terminando la fase de información de visitas de todos los centros de salud del municipio de Getafe en tres semanas.

En estas reuniones se les explicará el motivo de estudio y lo que se pretende conseguir con él. Se les facilitará el consentimiento informado donde quedará detallado el objetivo del estudio, el método para conseguir los datos y el carácter confidencial y voluntario de todos los participantes. Es necesario que los profesionales de enfermería expresen haber entendido los fines del estudio y se comprometan a rellenar los cuestionarios.

Los cuestionarios serán entregados físicamente en las visitas por parte del investigador a los profesionales de enfermería que cumplan los criterios de inclusión, estableciendo una fecha determinada para la recogida de los cuestionarios. Se les dejará 1 semana para poder completar los cuestionarios que posteriormente deberán ser entregados al investigador.

Para la recogida de los cuestionarios se emplearán tres días, recogándose así cada día los cuestionarios de tres centros de salud.

4.6 Fases del estudio y cronograma.

La duración total del estudio será de 8 meses, divididos en las siguientes fases.

Fase I Conceptual: En esta fase se establecen las diferentes fases del estudio que se va a llevar a cabo. En primer lugar, se realiza el proyecto y a continuación se lleva a cabo. La duración total del estudio será de 8 meses. Se realizará la búsqueda bibliográfica y se planteará la pregunta de investigación además se establecerán los objetivos del estudio, la población, las variables y los instrumentos empleados para la recogida de datos.

Para realizar el trabajo, toda la información presente en el trabajo estaba basada en documentación bibliográfica con evidencia científica.

Las plataformas que se han empleado para buscar la bibliografía han sido principalmente: Dialnet incluyendo términos como: Muerte, afrontamiento, enfermería, actitudes, cuidados paliativos, urgencias, UCI, atención primaria, burnout y estrategias. Esta plataforma ha proporcionado la bibliografía en español que se encuentra recogida en el presente trabajo.

Otra plataforma que se ha empleado para conseguir información para el trabajo fin de grado ha sido Pubmed, esta plataforma ha permitido incluir bibliografía en otros idiomas predominando artículos en inglés. Los términos empleados para realizar la búsqueda bibliográfica necesaria para este trabajo han sido: death, attitude of death, nursing, palliative care, emergency department, ICU, Primary Health Care, burnout, y protective factors.

El operador booleano utilizado fue AND, para relacionar entre ellos varios términos de busca anteriormente mencionados. No se utilizaron los operadores OR y NOT para consultar la búsqueda bibliográfica.

Otras plataformas de búsqueda han sido libros relacionados con los temas tratados en el trabajo.

Fase II Metodológica: En esta fase se procede al diseño del estudio, planteando la forma en la que se pretenden cumplir los objetivos marcados. Se iniciará el muestreo y la recogida y análisis de datos.

Fase III Empírica: Esta fase se dedica solamente a tratar los datos, analizarlos y redactar los resultados para su posterior difusión.

	Meses									
Objetivos	Sep 2021	Oct 2021	Nov 2021	Dic 2021	Ene 2022	Feb 2022	Mar 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Jun 2022
Elección del tema del TFG										
Elegir modelo del TFG										
Buscar documentación bibliográfica										
Escribir la fundamentación y justificación										
Corregir fundamentación y justificación										
Escribir objetivos y metodología del estudio										
Estudio observacional										
Recoger la población diana del estudio										
Recogida de variables										
Recogida de datos y consentimientos										
Resultados										
Conclusión										

Tabla 6: Cronograma de desarrollo del estudio. Elaboración propia.

4.7 Análisis de datos.

Una vez recogidos todos los cuestionarios, se confeccionará una base de datos en la que constará toda la información recogida, empleando el programa de Microsoft Excel

Se llevará a cabo un análisis descriptivo general de todas las variables, mediante frecuencias y porcentajes en el caso de las variables cualitativas y media, mediana junto y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Para objetivar las relaciones, se aplicarán test estadísticos no paramétricos como Chi-cuadrado, ANOVA, Mann-Whitney o t-student, en función del tipo de variable y de su distribución.

Las diferencias o asociaciones serán consideradas con un nivel de probabilidad de $p < 0,05$. Las representaciones gráficas se realizarán con en el programa Microsoft Excel

5. Aspectos éticos.

Con el fin de cumplir la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 de 3 de Julio y respetándose los principios de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo será remitido al Comité de ética del hospital universitario de Getafe para su análisis y aprobación.

El consentimiento informado (anexo 1) será el documento que dictamine el compromiso entre el investigador y los sujetos que de manera voluntaria y anónima participaran en el estudio. A todos los participantes que deseen ser incluidos en el estudio se les entregará dicho documento en el que se recogerá de manera explícita la manera en la que se respetará.

La Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal los datos serán utilizados y tratados exclusivamente por el investigador con fines educativos y para la realización del estudio y no se cederán a terceros.

De la misma manera, con el fin de garantizar el anonimato de los profesionales y respetar la anteriormente mencionada ley, se les asignará un código numérico, de tal manera que no queden reflejados en ningún documento los datos personales de la persona, eliminando así el punto de unión entre el dato y la persona.

6. Limitaciones del estudio.

La primera limitación del presente estudio es su carácter observacional. Podremos describir las variables recogidas, pero será imposible establecer relaciones causales entre las mismas.

En segundo lugar, contamos con las limitaciones de la muestra. Por una parte, se llevará a cabo un muestreo no probabilístico, es decir que participarán en el estudio sujetos voluntarios, por lo que la muestra no será elegida al azar.

En cuanto al reducido tamaño muestral, cabe mencionar que las características de los profesionales de enfermería de los centros de salud de Getafe no son extrapolables a todos los profesionales de enfermería de atención primaria, debido a que tendremos una muestra homogénea, posiblemente con características sociodemográficas semejantes.

Por otro lado, el carácter transversal del estudio nos permite describir la población en un momento determinado, perdiendo las modificaciones que pueden sufrir los datos a lo largo del tiempo en función de los cambios a nivel personal, social o laboral de los profesionales.

Por último, dado el carácter transversal del estudio, cabe mencionar las individualidades de cada participante, así como el momento vital en el que se encuentre en el momento de la recogida de datos. Es posible que algún sujeto del estudio esté atravesando un momento delicado a nivel personal (enfermedad o muerte reciente en la familia) o profesional (aumento de fallecimientos por COVID). Estas características individuales pueden modificar los resultados de las escalas de valoración de la ansiedad y afrontamiento, dando lugar a cifras distintas en los mismos individuos si la recogida de los datos fuese en otro momento

7. Bibliografía.

- (1) Enfermedad terminal. Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL).
- (2) Betancur MAL. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan* 2017;17(3):284-291.
- (3) Adán RB, López APS, Casinos NG. Actitud de los profesionales sanitarios hacia la muerte. *Cuidando la salud: revista científica de enfermería* 2018(15):57-66.
- (4) Tatiana González Carrasco. La construcción del proceso de morir en el área de urgencias: significados, actitudes y habilidades del personal de enfermería *Universitat Rovira i Virgili*; 2017.
- (5) Rodríguez RC. Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la muerte. *ENE Revista de Enfermería* 2020(14):21-22.
- (6) Lynch G, Oddone MJ. La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales* 2017 01;/30(40):129-150.
- (7) Eulalia López Imedio. *Enfermería en cuidados paliativos.*: Panamericana; 2000.
- (8) INE: Defunciones en España en el año 2020. Available at: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=resultados&idp=1254735573002.
- (9) INE: Defunciones según la causa de muerte mas frecuente 2020. Available at: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175.
- (10) Patricia Díaz, Sara lo santos, Pilar Pastor. *Guía de duelo adulto para profesionales sociosanitarios.*: Fundación Mario Lo santos del Campo (FMLC); 2014.
- (11) Elisabeth Kübler-Ross. *Sobre la muerte y los moribundos/ Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*: Macmillan; 2013.
- (12) M. Carmen Massé, Julio de la Torre. *Los profesionales sanitarios ante la muerte.* : DYKINSON; 2020.
- (13) Kostka AM, Borodzicz A, Krzemińska SA. Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients - A Pilot Study. *Psychol Res Behav Manag* 2021; 14:705-717.
- (14) Povedano-Jiménez M, Ropero-Padilla C, Rodríguez-Arrastia M, García-Caro MP. Personal and Emotional Factors of Nursing Professionals Related to Coping with End-of-Life Care: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021 -09-09;18(18).

- (15) Blanca Fernández Vallhonrat. Percepción y estrategias de afrontamiento en las experiencias personales de muerte y duelo. Estudio de casos de enfermeras de Lanzarote Universidad de La Laguna; 2017.
- (16) Wilson W. The Case for Palliative Medicine in the Emergency Medicine Department - The Time is Now! *Indian J Palliat Care* 2020 Jul-Sep;26(3):395-396.
- (17) Rivera DIC, Zambrano LYC, Romero LAL. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Ciencias de la salud* 2019;17(3):98-110.
- (18) Lief L, Berlin DA, Maciejewski RC, Westman L, Su A, Cooper ZR, et al. Dying Patient and Family Contributions to Nurse Distress in the ICU. *Ann Am Thorac Soc* 2018 - 12;15(12):1459-1464.
- (19) Lien R, Lu S, Wang Y, Chin S, Shiung T. [The Relationship Between Life Attitude and Death Coping Self-Efficacy in Intensive Care Nurses]. *Hu Li Za Zhi* 2020 - 10;67(5):33-43.
- (20) Henao-Castaño ÁM, Rivera-Romero N, Garzón HPO. Health Care at the End of Life: Experience of Nurses at the Adult Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Q* 2021 Oct-Dec 01;44(4):387-392.
- (21) Alonso SL, Jiménez MJ, Gallego LA, Elvira APL, Arcos MML, Ruiz ML. Cuidados paliativos en enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación* 2021;2(5 (Mayo 2021)):55.
- (22) Rocha, Renata Carla Nencetti Pereira, Pereira ER, Silva, Rose Mary Costa Rosa Andrade, Medeiros, Angelica Yolanda Bueno Bejarano Vale de, Leão, Diva Cristina Morett Romano, Marins, Aline Miranda da Fonseca. Meaning of life as perceived by nurses at work in oncology palliative care: a phenomenological study. *Rev Esc Enferm USP* 2021;55: e03753.
- (23) Martín RM, Rodríguez AA. Profesionales sanitarios ante la muerte: vivencias del equipo de paliativos de Toledo. *Revista ROL de enfermería* 2021;44(6):18-27.
- (24) Temelli G, Cerit B. Perceptions of Palliative Care Nurses Related to Death and Palliative Care Practices. *Omega (Westport)* 2019 -12-16:30222819890457.
- (25) Moreno-Milan B, Cano-Vindel A, Lopez-Dóriga P, Medrano LA, Breitbart W. Meaning of work and personal protective factors among palliative care professionals. *Palliat Support Care* 2019 -08;17(4):381-387.
- (26) Barnett MD, Reed CM, Adams CM. Death Attitudes, Palliative Care Self-efficacy, and Attitudes Toward Care of the Dying Among Hospice Nurses. *J Clin Psychol Med Settings* 2021 -06;28(2):295-300.
- (27) Barrué P, Sánchez-Gómez M. The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in palliative care: A qualitative exploratory study. *Enferm Clin (Engl Ed)* 2021 -02-03.
- (28) Parola V, Coelho A, Sandgren A, Fernandes O, Apóstolo J. Caring in Palliative Care: A Phenomenological Study of Nurses' Lived Experiences. *J Hosp Palliat Nurs* 2018 - 04;20(2):180-186.

(29) Martínez AC, Cortés CL, Rodríguez LV, Donoso AM, Sarto LE, Linés MPC. Cuidados proactivos en el paciente al final de la vida. Cuidados paliativos en domicilio. Revista Sanitaria de Investigación 2021;2(4):35.

(30) Justino ET, Kasper M, Santos KdS, Quaglio RdC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: a scoping review. Rev Lat Am Enfermagem ;28.

(31) Coordinación de la dirección general de atención al paciente de la comunidad de Madrid. Documento de apoyo para la atención del paciente con enfermedad avanzada o de últimos días en el domicilio. 2012.

(32) Blanca-Gutiérrez JJ, Arias-Herrera A, Blanca-Gutiérrez JJ, Arias-Herrera A. Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. Enfermería universitaria 2018 03/;15(1):30-44.

(33) Fernández SM, García SM, Ondiviela BR, Rodríguez NH, Carcavilla TD, Cuartielles JG. Revisión bibliográfica: Síndrome burnout en enfermería. Revista Sanitaria de Investigación 2021;2(5 (Mayo 2021)):96.

(34) Nyatanga B. Caring as a source of death anxiety in palliative care. Br J Community Nurs 2019 -09-02;24(9):452.

(35) Stelcer B, Bilski B. [The phenomenon of job stress and burnout syndrome in palliative care]. Med Pr 2020 -01-20;71(1):69-78.

(36) Baqueas MH, Davis J, Copnell B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. BMC Palliat Care 2021 -06-23;20(1):88.

(37) Figueroa, María del Carmen Valle, Puga JAG, Zavala MOQ, Pérez YG. Experiencia del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir en unidades de cuidado intensivo. SANUS: Revista del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora 2019(11):19-31.

(38) Olives MG, Basagaña MTR, Cañadilla VG, Profumo SdF, Fernández AR. Hablemos de la muerte: Impacto de la metodología Death café en estudiantes de Enfermería. Metas de enfermería 2020;23(4):25-32.

(39) Bateman ME, Hammer R, Byrne A, Ravindran N, Chiurco J, Lasky S, et al. Death Cafés for prevention of burnout in intensive care unit employees: study protocol for a randomized controlled trial (STOPTHEBURN). Trials 2020 -12-11;21(1):1019.

(40) Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today 2021 -06; 101:104892.

(41) Población del municipio de Getafe. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2881>.

(42) Nivel de mortalidad en el municipio de Getafe. Available at: <https://gobiernoabierto.getafe.es/observatorio>.

(43) López-Castedo A, González-Rodríguez R, Vázquez Pérez R. Psychometric properties of the Death Anxiety Scale in patients with ischemic cardiomyopathy. *Revista española de salud pública* 2019 Oct 3,93.

(44) Tobajas MCD, Ortiz NJ, Martínez BG, Gavilán CS. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería global: Revista electrónica trimestral de enfermería* 2017;16(1):246-255.

(45) Paula Andrea Duque, Yanier Betancur Manrique, Alejandra Franco Galvis, Manuela Hoyos Castañeda, Esther Edith Valencia Hernández. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico*. 2020 11 junio.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.

El objetivo del consentimiento informado es llevar a cabo un estudio que refleje el nivel de afrontamiento y actitudes del profesional de enfermería frente a la muerte en los centros de atención primaria del municipio de Getafe, situado en la Comunidad de Madrid.

El estudio se llevará a cabo por Cristina Pérez Arroyo, alumna de 4º de enfermería de la Escuela Universitaria de San Juan de Dios de Enfermería y Fisioterapia, perteneciente a la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid.

En el presente documento se deberá expresar la voluntariedad de los profesionales a participar en el estudio. De tal manera se garantizará el anonimato de los participantes, así como la protección de datos personales de los participantes recogido en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la que solo serán utilizados con fines para la investigación.

Si los participantes acceden a participar en el estudio, deberán rellenar una serie de cuestionarios físicos que se les proporcionara en las visitas entre el investigador y los profesionales de enfermería de cada centro donde tendrán un tiempo estimado de 1 semana para entregarlos completados al investigador.

Si durante la realización de los distintos cuestionarios surgen dudas con algunas de las preguntas se recomienda no contestarlas.

Se deberá rellenar los siguientes datos adjuntos a este documento:

Yo, con DNI a fecha de Marzo de 2022 acepto a participar, voluntariamente, en la investigación llevada a cabo por Cristina Pérez Arroyo y he sido informado/a de todo el proceso del estudio.

Anexo 2: Ficha de Recogida de datos.

1. Edad (años).....

2. Sexo: Hombre Mujer

3. Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

4. Hijos: SI NO

❖ En el caso de que la respuesta anterior haya sido "SI", indique el número de hijos:

5. Años de experiencia en el servicio (Servicio de atención primaria):

- > o = 1 año / < 5 años
- > o = 5 años / <10 años
- > o = 10 años

6. Formación de preparación frente a la muerte: SI NO

Anexo 3: Escala de ansiedad ante la muerte de Templer.

A continuación, responda las siguientes preguntas con verdadero o falso.

Si tiene dudas o no sabe que contestar es preferible dejar el ítem en blanco.

Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (Ítems)	Verdadero	Falso
Tengo mucho miedo de morirme		
Alguna vez me viene a la cabeza la idea de la muerte		
No me pone nervioso/a cuando la gente habla sobre la muerte		
Me horroriza pensar que debo tener una operación		
No tengo miedo en absoluto a morirme		
No tengo especialmente miedo a tener cáncer.		
La idea de la muerte nunca me molesta		
A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo		
Me da miedo tener una muerte dolorosa		
El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.		
Me espanta tener un ataque al corazón		
A menudo pienso que la vida es realmente corta		
Me estremezco cuando la gente habla de la tercera guerra mundial		
La visión de un cadáver me horroriza		
Pienso que el futuro no me depara nada que temer		

Anexo 4: Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen.

A continuación, responda las siguientes preguntas en una escala, puntuando del 1 al 7 de manera que el 1 significa totalmente en desacuerdo y el 7 significa totalmente de acuerdo. Siendo del 2-6 puntuaciones neutras.

Si tiene dudas o no sabe que contestar es preferible dejar el ítem en blanco.

Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen (Ítems)	Valoración
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	
Tengo una perspectiva de la muerte y del proceso de morir.	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	
Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	
Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	
Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.	
Tener la seguridad de que moriré, no afecta a mi manera de conducta hacia la vida.	
Me siento preparado para afrontar mi muerte	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	
Mi actitud respecto a la vida a cambiado recientemente	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	
Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	
Me importa más la calidad de vida que su duración.	
Puedo hablar de mi muerte con familia y amigos	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	
Seré capaz de afrontar muertes futuras	

Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo enfermos terminales	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	
Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	
Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	
Sería capaz de hablar con familia o amigos sobre su muerte	
Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir	
Me puedo comunicar con los moribundos	
Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	