



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015–2016)

Trabajo Fin de Grado

**Enfermería ante la muerte: Importancia
de la formación ante este proceso
Revisión Bibliográfica**

Alumna: Elena Peláez Arnillas

Tutora: D^a. M^a José Mata Peñate.

Mayo, 2016

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
Justificación	11
Objetivos	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	16
Actitud y sentimientos	18
Mecanismos de afrontamiento	20
Familia	21
Factores que influyen en los cuidados y las actitudes	22
Formación	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	35

RESUMEN

Introducción: La muerte es la consecuencia inevitable de la vida e inherente al ser humano, sin embargo sigue siendo un tema tabú en muchas culturas.

Los profesionales de enfermería deben mostrar una correcta actitud ante la muerte para así, poder apoyar y acompañar a los pacientes moribundos y a sus familiares, facilitando el proceso de duelo.

La formación en este tema es fundamental y necesaria para proporcionar unos cuidados de calidad, puesto que, es la enfermera la que acompaña al paciente durante este proceso.

Existe una especialidad dedicada a evitar el sufrimiento y facilitar el morir con dignidad, los cuidados paliativos.

La muerte está cada vez más presente en el ámbito hospitalario y la formación de las enfermeras es escasa, por ello la importancia de realizar una revisión bibliográfica y conocer la información disponible acerca de este tema.

Material y Métodos: Se utilizaron las bases de datos DIALNET, Scielo, BVS, EnFisPo y Cuiden, en los meses de febrero y marzo de 2016. Tras la revisión de numerosos artículos se seleccionaron 16 que cumplían los criterios de inclusión.

Resultados y Discusión: Los resultados se estructuraron en diferentes apartados. Respecto a la actitud predominaron los sentimientos negativos y el rechazo a la muerte. Los mecanismos de afrontamiento más utilizados fueron el apoyo en sus familiares y el distanciamiento. El trato con las familias fue escaso o estuvo condicionado por la falta de preparación. Los factores más influyentes en las actitudes fueron la experiencia, la edad del fallecido y el contexto hospitalario. Por último, hay unanimidad en cuanto al pensamiento de que los profesionales de enfermería no están suficientemente formados.

Conclusiones: Sería deseable la realización de nuevas investigaciones que reflejen la realidad acerca de este tema.

Palabras clave: Enfermería, muerte, actitud, formación

Enfermería ante la muerte: Importancia de la formación ante este proceso

INTRODUCCIÓN

Morir es un acontecimiento de la vida, y pertenece a ella; puede ser interpretada como final, ruptura o transformación, según diferentes interpretaciones biológicas, filosóficas, religiosas, etc. La muerte le acontece a todos los seres del mundo, en todos los estratos, independientemente de la complejidad biológica, psicológica, cultural, filosófica, social y espiritual.¹

El profesional de enfermería tiene que enfrentarse a ella y no sólo eso, sino que debe poseer ciertas capacidades y actitudes para saber afrontarla y cubrir las necesidades del paciente y su familia. Ha de tratar la muerte como un proceso natural y siempre respetar las creencias de las personas.

El proceso de la muerte está condicionado por los avances médicos y tecnológicos, los cuales, en ocasiones, permiten alargar la vida (o la muerte) a cualquier precio, sin tener en cuenta la calidad de vida del paciente, olvidándonos de su derecho a morir con dignidad².

Bayés, R. (2001) en el libro "Psicología del sufrimiento y de la muerte", establece los dos objetivos de la medicina del siglo XXI: "...uno seguirá siendo, como en los últimos siglos, la lucha contra la enfermedad, pero el otro será conseguir que los pacientes mueran en paz"³.

Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir y la importancia de evitar padecimientos en la hora de la muerte: "*La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)*" (Henderson, V; 1981). Y así lo reafirma ahora el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): "...es compromiso de la enfermera cuidar de las personas, aun de las moribundas"^{4,5}.

Desde el principio de los tiempos, la muerte ha sido una de las mayores preocupaciones para los seres humanos. Muchos filósofos han reflexionado sobre ésta entendiéndola de diferentes formas; para Sócrates no se debe temer a la muerte, porque nadie sabe en qué consiste; para Platón, la propia muerte era lo que daba sentido a la vida; San Agustín y el cristianismo

empezaron a hablar de la muerte como un paso hacia un lugar mejor, "el cielo", para quienes creen y siguen a Dios^{1,6,7}.

Si hablamos de cultura y religión, también encontramos distintos pensamientos e interpretaciones:

En Occidente podemos diferenciar dos momentos en la forma de vivir la muerte: uno, en el que la muerte es aceptada como un proceso más de la vida, y otro, que comienza a principios del siglo XX, en el que los hospitales empiezan a ser los lugares reservados para morir y la muerte comienza a desaparecer de la vida pública, dejándose de tratar con naturalidad.

Los principales motivos de esta regresión o rechazo a la muerte son: la menor tolerancia a la frustración, el aumento de la esperanza de vida, el culto a la juventud, una menor mortalidad aparente, menos trascendentalidad y espiritualidad en los hombres, y menos preparación o educación para la muerte⁸.

En Oriente, la muerte es entendida como un paso hacia la regeneración y la reafirmación de los valores ancestrales. Vida y muerte se asumen como una identidad⁹.

Los islámicos admiten la muerte con alegría, ya que libra al hombre de los agobios de la vida mundana. Es el propio Corán el que explica los pasos a seguir antes, durante y después de la muerte de un familiar⁹.

Para el budismo la vida es un ciclo interminable y para ellos es eterna, ya que sufre sucesivas encarnaciones, por tanto, la muerte no se considera el cese de la vida¹⁰.

A pesar de estas diferencias en las formas de afrontar la muerte, muchos de los sentimientos experimentados en el proceso del duelo son similares en todas las culturas. Hay diversos factores que influyen en estos sentimientos: la personalidad, la edad del fallecido, cómo haya sucedido la muerte, lo que la persona representaba en su vida, etc.

Pero, ¿qué es el duelo?

El duelo, del latín dolus: dolor, puede ser definido como: el proceso que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido. Aunque existen otras definiciones y, para algunos autores, no implica necesariamente la muerte de un ser querido, sino que puede ser experimentado ante cualquier pérdida.

En el siguiente cuadro se muestran las manifestaciones más comunes del duelo:

SENTIMIENTOS:

TRISTEZA, RABIA (INCLUYE RABIA CONTRA SÍ MISMO E IDEAS DE SUICIDIO), IRRITABILIDAD, CULPA Y AUTORREPROCHES, ANSIEDAD, SENTIMIENTOS DE SOLEDAD, CANSANCIO, INDEFENSIÓN, SHOCK, ANHELO. ALIVIO, ANESTESIA EMOCIONAL...

SENSACIONES FÍSICAS:

MOLESTIAS GÁSTRICAS, DIFICULTADES PARA TRAGAR O ARTICULAR, OPRESIÓN PRECORDIAL, HIPERSENSIBILIDAD AL RUIDO, DESPERSONALIZACIÓN, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, DEBILIDAD MUSCULAR, PÉRDIDA DE ENERGÍA, SEQUEDAD DE BOCA, TRASTORNOS DEL SUEÑO...

COGNICIONES:

INCREDULIDAD, CONFUSIÓN, DIFICULTADES DE MEMORIA, ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN, PREOCUPACIONES, RUMIACIONES, PENSAMIENTOS OBSESIVOS, PENSAMIENTOS INTRUSIVOS CON IMÁGENES DEL MUERTO...

ALTERACIONES PERCEPTIVAS

ILUSIONES, ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES, GENERALMENTE TRANSITORIAS Y SEGUIDAS DE CRÍTICA, FENÓMENOS DE PRESENCIA...

CONDUCTAS:

HIPERFAGIA O ANOREXIA, ALTERACIONES DEL SUEÑO, SUEÑOS CON EL FALLECIDO O LA SITUACIÓN, DISTRACCIONES, ABANDONO DE LAS RELACIONES SOCIALES, EVITACIÓN DE LUGARES Y SITUACIONES, CONDUCTA DE BÚSQUEDA O LLAMADA DEL FALLECIDO, SUSPIROS, INQUIETUD, HIPERALERTA, LLANTO, VISITA DE LUGARES SIGNIFICATIVOS, ATESORAMIENTO DE OBJETOS RELACIONADOS CON EL DESAPARECIDO...

Cuadro 1. Manifestaciones corrientes del duelo (Fernández y Rodríguez, 2002) ¹¹

El duelo, como cualquier proceso, tiene una serie de fases. No existe unanimidad entre los diferentes autores; nos encontramos con autores que determinan que existen tres etapas (Grollman, 1986¹²; Filgueira, 1995¹³; Neimeyer, 2000¹⁴, etc.), cuatro (Fernández y Rodríguez, 2002¹⁵), cinco (Kubler-Ross, 19748)¹⁶, etc. En la siguiente tabla (Tabla 1), las etapas del proceso de duelo, según refieren diferentes autores.

Lindemann	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelos y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Tabla 1. Etapas o fases del proceso de duelo.¹⁶

En líneas generales, todos coinciden en que al principio se produce una sensación de irrealidad y aturdimiento, en la que parece que no es posible, que no es real. Ésta se produce, sobre todo, en las muertes repentinas, y se acompaña de sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión.

Cuando la muerte sobreviene después de una enfermedad larga es normal sentirse aliviado y, en ocasiones, culpable por sentirse así.

Superada esta fase pueden aparecer sentimientos de culpa y reproche. También rabia y enfado que, a veces, es proyectado hacia el personal sanitario.

Por último, se produce la aceptación de la pérdida y la reorganización, que en cada caso requiere un tiempo variable.

Uno de los cometidos de la enfermera es acompañar a los pacientes y familias en ese proceso, identificando en qué fase se encuentran, para ofrecer los mejores cuidados y evitar que se produzca un duelo patológico¹⁷.

Según Fernández y Rodríguez¹⁵ es importante:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido.
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

Con el fin de conseguir estos objetivos existen una serie de estrategias que pueden utilizar las enfermeras para ayudar a las personas en duelo⁸:

- Permitir la contemplación del cuerpo del fallecido. Esto es muy importante para evitar posteriores fantasías, temores y fantasmas. Previamente, debemos advertir, si existen, de posibles alteraciones visibles en el cuerpo o de su aspecto actual (intubado, conectado al respirador, si es donante de órganos, etc.). También se les permitirá que le toquen y le hablen, "que puedan despedirse".
- Avisar, si lo desean, a algún familiar o amigo.
- Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte. En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea.
- Ayudar a identificar y expresar sus sentimientos "a su modo y manera", manteniendo una comprensión empática y sin forzar nunca la situación.

Si los profesionales que trabajan con estos pacientes no son capaces de aceptar la muerte como un proceso natural y les provoca inseguridad y rechazo, van a tomar unas actitudes distorsionadas, tales como: no querer nombrar a la muerte, no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y la no verbal, y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático- afectiva.⁸

Es necesaria la formación del personal sanitario en técnicas de comunicación y de afrontamiento, para que se produzca una participación activa por parte de la enfermera en el proceso de la muerte. Aunque el médico es el que debe informar del pronóstico al paciente, la enfermera es la que le va a acompañar

en todo momento, y debe cerciorarse de que ha comprendido su situación. La escucha activa y la empatía son necesarias para conocer qué es lo que hace sufrir a una persona y, por tanto, intervenir en la medida de lo posible (aliviándole el dolor, proporcionándole un entorno cómodo, etc.). Si esta intervención no es posible, debemos "saber estar" junto al paciente, acompañándole en su sufrimiento. Debido a la carga emocional que esto supone para la enfermera, es necesario el trabajo en equipo. Los profesionales de la salud deben proporcionarse respaldo y comprensión en el momento de la pérdida.

El modelo basado en una concepción puramente biológica del enfermo, que aún impera en la mayoría de servicios sanitarios, es una de las mayores barreras al desarrollo de la atención humanizada del proceso de morir. Si el sistema sanitario se centra en los aspectos somáticos de la enfermedad, se produce un sufrimiento iatrogénico, que afecta al enfermo y sus familiares y también al equipo sanitario, que se distancia del sentido de su vocación y misión¹⁸.

La ansiedad puede ser un fenómeno que lleva al individuo a movilizarse ante situaciones de amenaza o riesgo, con el fin de adaptarse a la situación, las enfermeras son, dentro del grupo de profesiones sanitarias, el profesional que tiene mayor nivel de ansiedad ante la muerte¹⁹.

Es difícil establecer una actitud correcta ante este proceso, debido a que existen muchos componentes que la afectan: sociales, culturales, religiosos, económicos, y que hacen que cada uno viva el proceso de una manera distinta; lo que se debe hacer es constatar de qué manera se afronta este trascendental momento.

El profesor José Luis Aranguren²⁰, en su libro "Ética", distingue y clasifica cinco actitudes distintas ante la muerte y a cada una le da un calificativo.

- La *muerte eludida*, una actitud muy extendida en la sociedad actual, que consiste en no plantearse en ningún momento el hecho cierto de una

muerte futura, viviendo como si el ser humano fuera un ser inmortal. Esta actitud trata de eliminar la preocupación por la muerte.

- La *muerte negada*, de la que su mejor representante sería Platón, y que consistiría en hacer de la muerte una pura apariencia, negando, por tanto, su realidad y dejándola en un simple paso a una vida mejor; la muerte es un simple pasaje, igual que el que atraviesa una puerta.
- La *muerte apropiada*, que consistiría en intentar ser dueños de la propia muerte, convirtiéndola en el último y supremo acto de la existencia humana. Los mejores representantes de esta actitud serían Heidegger y Rilke.
- La *muerte buscada* sería una cuarta actitud, apadrinada por Sigmund Freud, actitud en la que el ser humano busca ansiosamente la muerte, la desea, intentando regresar al estado inorgánico de su origen. Según Freud existe un impulso tanático, es decir, un impulso de muerte, que anida en el ser humano.
- Por último, estaría la *muerte absurda*, cuyo máximo representante sería Jean Paul Sartre. Para este pensador francés se puede prever la muerte, pero no esperarla, porque, por definición, la muerte sorprende siempre, en cuanto que el carácter de la muerte depende del azar.

Hoy en día, existe una especialidad que se ocupa de evitar el sufrimiento y facilitar el morir con dignidad, los cuidados paliativos. Éstos sufrieron todo un proceso histórico hasta llegar a lo que actualmente se conoce.

Ya en la Edad Media existían los llamados hospicios, lugares de acogida para peregrinos, que muchas veces se encontraban gravemente enfermos o moribundos. Pero es Cicely Saunders la que en 1957 funda en Londres el St. Christopher's Hospice, iniciando así el llamado Movimientos Hospice. Los resultados obtenidos demostraron que un buen control de los síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias²¹.

En 1980, la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer²².

El problema de estos servicios es que sólo cubren una pequeña parte de los enfermos que los precisan. El 54% de los pacientes mueren en el hospital. Es curioso observar que el 35% de los fallecimientos se produce en el servicio de urgencias y el 20% en la unidad de cuidados intensivos, y no en unidades diseñadas para atender el proceso de la agonía³.

El miedo a la muerte no se puede medir directamente, pero existen escalas que permiten valorar la ansiedad o la actitud que provoca: La Escala de Miedo a la Muerte de Collett- Lester (EMMCL) (anexo 1), la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) de Donald Temper (anexo 2), Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (anexo 3). A través de diferentes ítems se consigue estimar el miedo o ansiedad que presentan los pacientes ante la muerte.

JUSTIFICACIÓN

Se ha escogido el tema de la muerte debido a que es un proceso que afecta a todos los seres humanos y que está muy presente en el medio hospitalario. Por ello, el papel de la enfermera es fundamental y adquiere gran protagonismo, pero necesita tener ciertos conocimientos para afrontar este proceso de manera natural y poder transmitir seguridad y confianza a sus pacientes.

Desconociendo cuál es la formación y educación en todo el proceso enfermero en este ámbito, se tiene la necesidad de elaborar una revisión bibliográfica para recoger cuáles son las actitudes más frecuentes y, así, poder actuar en consecuencia.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la preparación recibida por alumnos y profesionales de enfermería para enfrentarse a la muerte.

Objetivos específicos:

- Detallar la información existente sobre las actitudes de alumnos y profesionales de enfermería ante la muerte.
- Conocer los principales mecanismos de defensa que muestran ante este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este trabajo se ha realizado a través de una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos durante los meses de febrero y marzo de 2016.

El tema que se investiga es la actitud de enfermería ante la muerte, analizándolo a través de distintos factores y desde diferentes perspectivas.

Para llevar a cabo esta búsqueda exhaustiva, se utilizaron los operadores booleanos AND, NOT y OR de los términos: muerte, enfermería, actitud, sentimientos.

Las bases de datos utilizadas, tanto nacionales como internacionales, han sido: DIALNET, Scielo, BVS (Lilacs), EnFisPo, CUIDEN. Para proceder a la selección se revisaron los títulos y los resúmenes y en algún caso, los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con los objetivos. Tras revisar 68 artículos, se seleccionaron 16 que cumplían los criterios de inclusión estipulados.

Se utilizaron filtros para delimitar la búsqueda en cuanto al tipo de artículo, idioma y fecha de publicación.

Los criterios de inclusión que fueron determinados son:

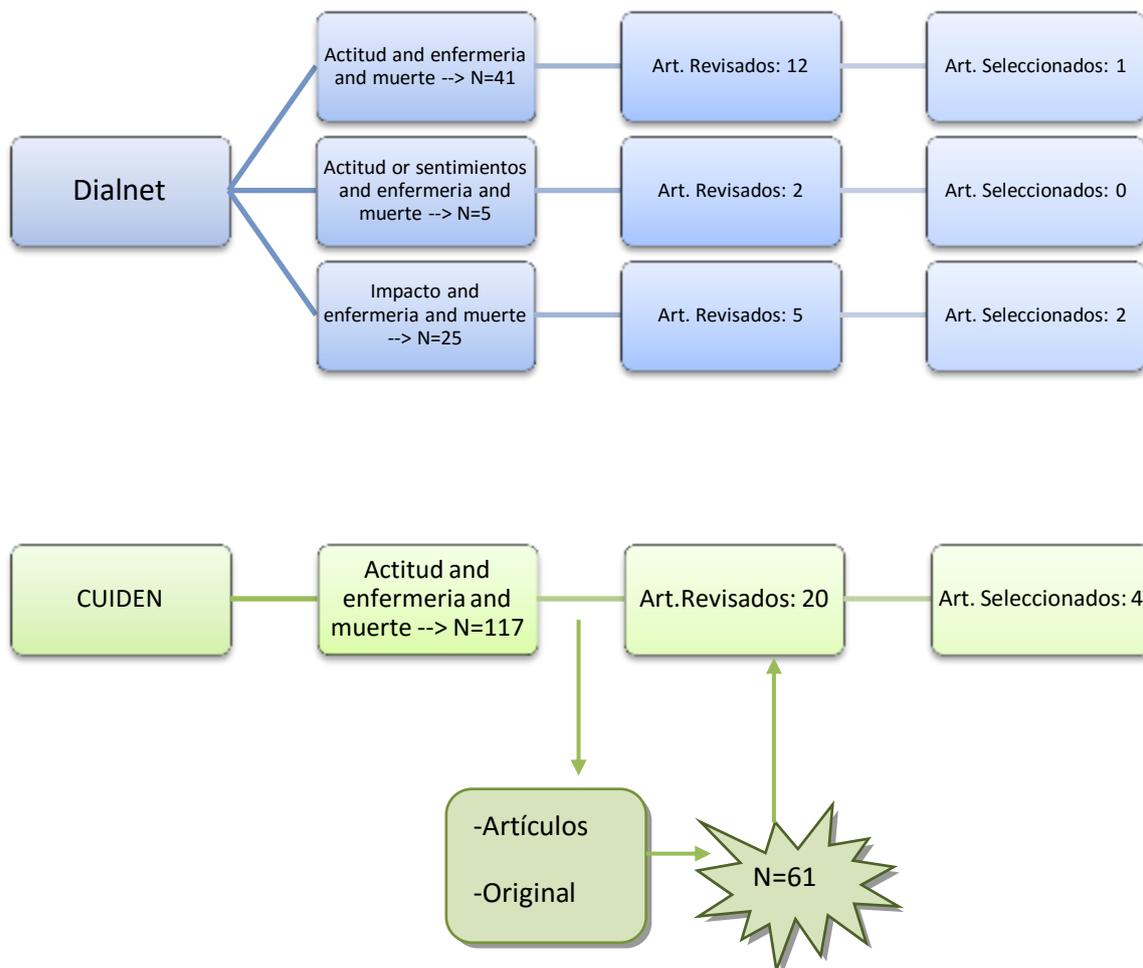
- Artículos publicados desde el año 2000 hasta la actualidad.
- Artículos en español.
- Artículos completos.
- Estudios dirigidos principalmente a enfermeras o estudiantes de enfermería.

En la búsqueda se excluyeron:

- Documentos que requerían pago.
- Artículos que estuvieran duplicados.
- La utilización de Tesis para la obtención de resultados.

Los artículos seleccionados se encuentran publicados en diversas revistas: International Journal of Clinical and Health Psychology (IJCHP), Aquinchan, Enfermería Global (EG), Enfermería Intensiva, Enfermería Docente, Paraninfo digital, Ciencia y Enfermería (Cienc. Enferm), Gerokomos, Enfermería del Trabajo, Enfermería Clínica, Enfermería científica, Enfermería Universitaria y Acta Paulista de Enfermagem.

Como se observa en el siguiente Diagrama de Flujo, se obtienen un número de artículos en cada base de datos, de los que en la mayoría se lee el resumen, descartando aquéllos que no se ceñían a los criterios de inclusión. Cuiden y Scielo y BVS, se utilizaron filtros para acotar la búsqueda, no así en EnFisPo, que no admitía ningún tipo de filtro y hubo de leerse todos y cada uno de los resúmenes, para, posteriormente, seleccionar aquellos artículos que se ajustaban al objeto de este estudio.



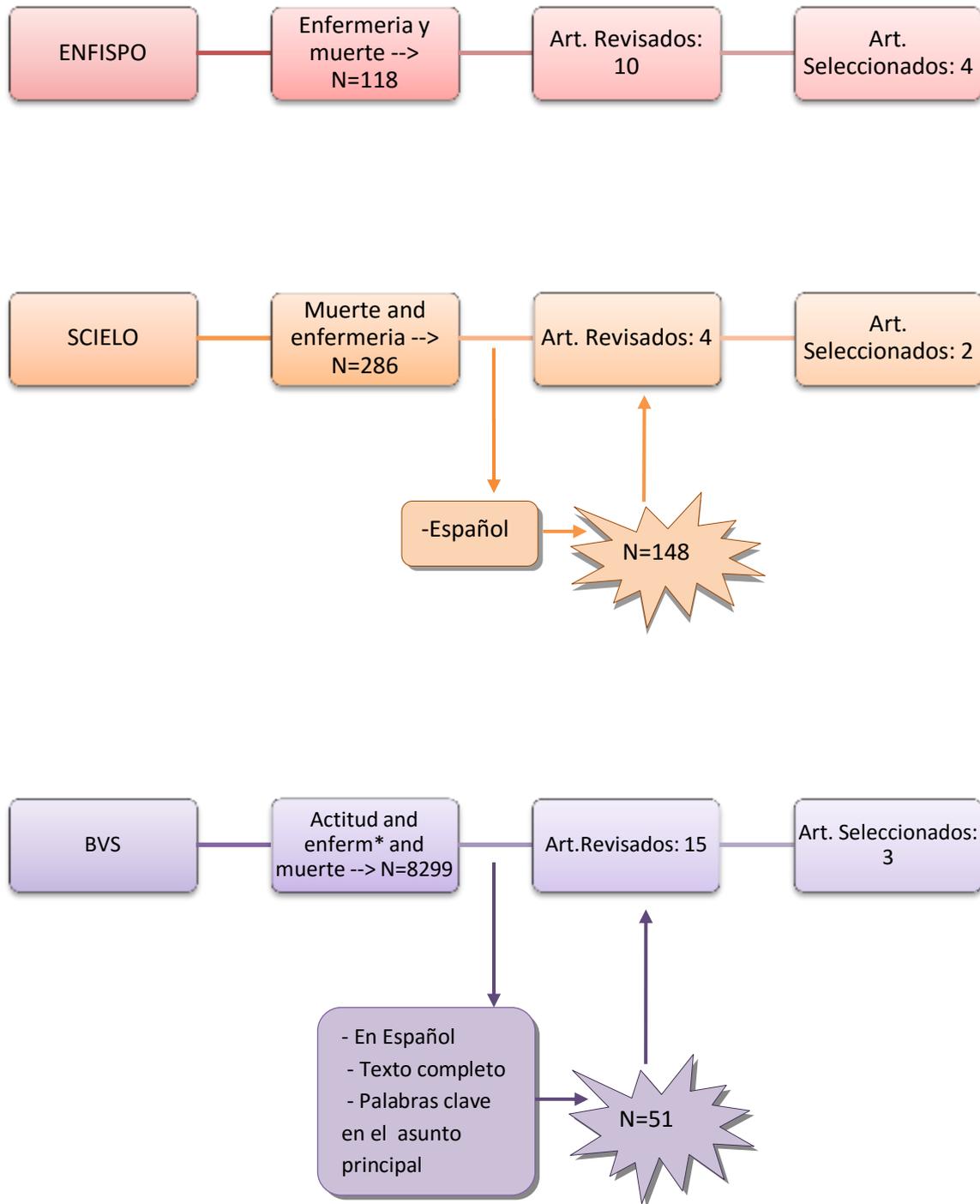


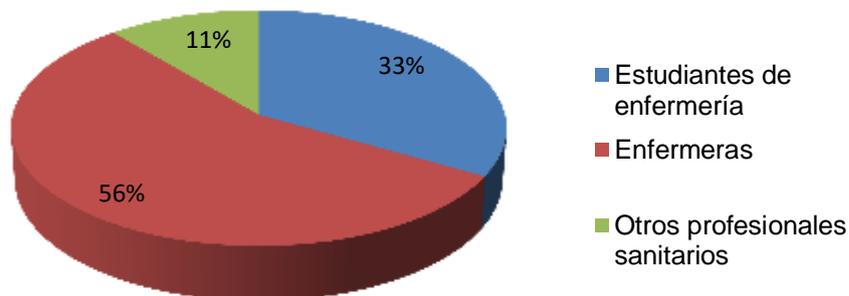
Diagrama de flujo 1. Estrategia de búsqueda.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se exponen los resultados de los artículos revisados y la discusión de los mismos. Se han dividido en diferentes apartados: actitud y sentimientos, mecanismos de afrontamiento, familia, factores que influyen en los cuidados y las actitudes y por último, charlas y cursos de formación.

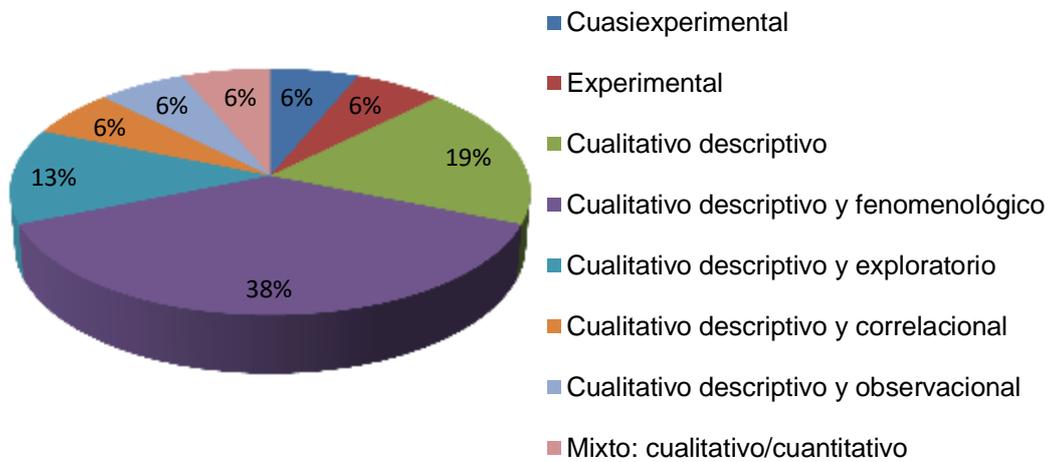
En los artículos seleccionados la población de estudio mayoritariamente estaba compuesta por enfermeras, aunque algunos estudios estaban dirigidos a estudiantes de enfermería o incluían a otros profesionales sanitarios, tal y como puede observarse en el siguiente gráfico.

Figura 1: Población de los estudios



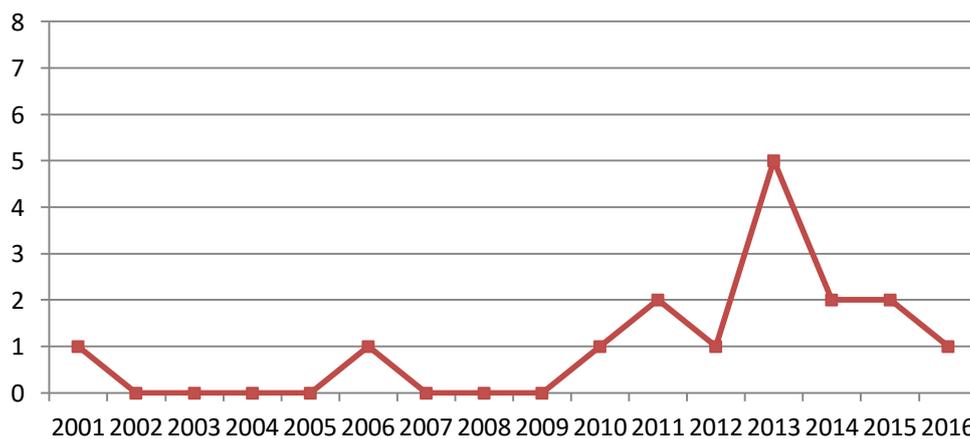
Todas las publicaciones revisadas son artículos de investigación. En cuanto al diseño y el método de investigación, se han seleccionado estudios experimentales, cualitativos y mixtos (cualitativos/cuantitativos), según se muestra en la siguiente figura.

Figura 2: Tipos de artículos

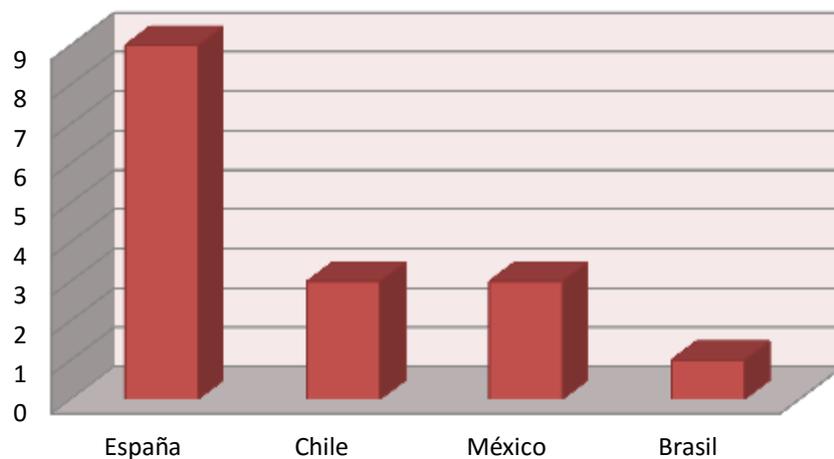


En cuanto al año de publicación, la mayoría de los artículos fueron publicados en el año 2013. Ninguno de ellos es anterior al año 2001, e incluso uno fue publicado en el 2016, según se puede observar en la Figura 3.

Figura 3: Años de publicación



Respecto al país donde fue desarrollada la investigación (Figura 4), predominan los artículos realizados en España, aunque se incluyeron otros países latinos como son: Chile, México y Brasil.

Figura 4: País de investigación

ACTITUD Y SENTIMIENTOS

En 13 artículos (81,24%), se mencionan las actitudes y sentimientos de los profesionales o estudiantes de enfermería ante la muerte.

En este apartado los sentimientos más repetidos por parte de enfermeras y estudiantes de enfermería son la impotencia, la tristeza, el dolor, es decir, sentimientos negativos^{24,25,26,27,28,29,30,31,32}, incluso en el artículo de Anguiano Morán, AC. et al.²⁸, en su estudio descriptivo, fenomenológico, de tipo cualitativo (2015), algunos estudiantes llegan a manifestar que sufren un shock emocional. Tan sólo en dos artículos se muestran sentimientos positivos, en el de Castanedo Córdoba, IM. et al.²⁷, un estudio descriptivo transversal (2009) en el que una pequeña parte de las enfermeras manifestó sentimientos de paz, tranquilidad y liberación; y, de nuevo, en el estudio de Anguiano Morán, AC. et al.²⁸, en el se manifiestan sentimientos negativos en los estudiantes, como ya se indicó, pero se observa, no obstante, que un grupo de la población estudiada se sintió segura, catalogando a la muerte como un hecho normal.

A las enfermeras más jóvenes experimentar la muerte les hace tomar conciencia de la existencia de la misma y su vulnerabilidad ante ella, tal y como se expresa en el artículo cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico de Gálvez González, M. et al. (2011)²⁶.

En el estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico (2013) García, SV. et al.³⁰ señala que los profesionales de enfermería que trabajan con niños creen que el proceso de la muerte es sobrecogedor y la viven como una tragedia que las impacta y afecta emocionalmente.

Si bien es cierto que ese dolor parece no ser muy duradero, ya que según se señala en el artículo de Castanedo Córdoba, IM. et al.²⁷, la muerte sólo afecta el día que sucede el óbito al 70% de las enfermeras encuestadas, y siempre o nada, al 5% y 10% respectivamente. Mostrando también, que únicamente el 15% ve afectada su vida personal o familiar; al 45% les influye en su vida laboral, lo cual contrasta con lo expresado por las enfermeras en dos artículos a las que la muerte les repercute en su forma de vivir, en sus valores y prioridades^{32,33}.

Según el estudio cualitativo fenomenológico (2013) de Vega Vega, P. et al.²⁴, los sentimientos negativos son más intensos cuando las enfermeras creen que los pacientes no han recibido cuidados de calidad. Por tanto, sienten la responsabilidad de dedicar tiempo a los enfermos y proporcionales apoyo emocional y cariño.

Vega Vega, P. et al.²⁴, muestra que, en ocasiones, las enfermeras llegan a resignarse ante la muerte y la reconocen como una realidad inevitable, es decir, como también afirma el estudio cualitativo fenomenológico (2016) de Pérez Vega, ME et al.²⁹, llegan a admitirla, pero no dejan de verse afectadas.

Las opiniones de los estudiantes de enfermería acerca de las actitudes de los profesionales son similares, como se comenta en el estudio transversal, descriptivo, exploratorio (2013), de Orozco González, MA. et al.³⁷, que dice que el 77,65% de los encuestados piensa que las enfermeras ya no sienten dolor ante la muerte de un paciente por estar acostumbradas; yendo más allá el estudio descriptivo fenomenológico (2014) de Hanzeliková Pogranyivá A. et al.²⁵, que afirma que, en ocasiones, las enfermeras incluso llegan a presentar poca ética en sus cuidados, al estar acostumbradas a la situación; Anguiano Morán AC et al.²⁸, señala que los estudiantes piensan que los profesionales de enfermería tienen una actitud indiferente y toman la muerte con naturalidad y

aceptándola como parte de la vida profesional, observando, en ocasiones, carencias de los profesionales de enfermería en el aspecto humanístico.

Los alumnos de enfermería, están interesados en humanizar los cuidados y ser sensibles y perceptivos, sin que esto les afecte emocionalmente. Se preocupan por sus propios sentimientos y el tipo de comunicación que deben de emplear²⁵.

En alguna ocasión lo que más malestar y angustia genera en las enfermeras es la propia gestión de morir en la institución hospitalaria²⁶. En el diseño mixto cuantitativo/cualitativo (2013), de Sevilla Casado M. et al.³³, la mayoría de las enfermeras preferiría morir en su domicilio y ninguna de ellas institucionalizada, al contrario de lo que refleja el estudio cualitativo descriptivo (2014), de Sepúlveda Sanchez JM.. et al.³⁴, en el que profesionales, pacientes y familias prefieren morir en el hospital porque creen que se ofrecen más garantías.

Desde el punto de vista enfermero, tras su experiencia profesional, lo que más preocupa a las enfermeras es la pérdida de un ser querido y el dolor que ocasiona a su familia su propia muerte. Este miedo y ansiedad vital se relaciona con el hecho de cuidar a personas moribundas y con el contacto continuado con ellas; por ello, creen que las personas alejadas de las profesiones sanitarias están más protegidas de la sensación de finitud, de la posibilidad de pérdida y de la ansiedad³³.

El profesional de enfermería es el que principalmente se involucra en el proceso de la muerte y experimenta directamente su impacto, ya que los médicos se mantienen más ajenos al proceso²⁹.

En el artículo de Pérez Vega, ME et al. ²⁹, realizado en México, las enfermeras se autodefinen como conectoras: entre la vida y la muerte (luchan por preservar la vida y ayudan a bien morir), entre la artificialidad hospitalaria y la naturaleza humana, entre el paciente y sus familiares (se consideran agentes facilitadores de sus relaciones interpersonales y sus procesos de afrontamiento) y entre el paciente y Dios (asumen un rol espiritual que facilita el acercamiento con un Ser Superior).

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

Se observa que el mecanismo de evasión o distanciamiento, para disminuir el vínculo afectivo, es uno de los más repetidos en los artículos revisados^{24,26,20,31}, el cual puede ocasionar una disminución de la calidad de los cuidados. Lo correcto sería utilizar un mecanismo de autodefensa que permitiera bloquear las emociones negativas sin dejar de cumplir el rol profesional tal y como se propone en el artículo de García, SV. et al.³⁰.

El apoyo social, tanto de la familia como de los compañeros del equipo de salud, es fundamental para que estos profesionales se sientan comprendidos y escuchados^{24,26,33}. El grupo de apoyo de referencia para los estudiantes de enfermería son los supervisores de las unidades²⁸.

Para alguno de los profesionales proporcionar cuidados de calidad y un trato humanizado ayuda en el proceso de duelo^{24,31}. Al igual que poder despedirse de los enfermos y expresar los sentimientos de afecto permite cerrar ciclos²⁴.

García, SV. et al.³⁰ señala que las enfermeras que trabajan con niños se apoyan, en ocasiones, en la religiosidad para facilitar la vivencia.

FAMILIA

Es habitual que se establezcan vínculos con los familiares gracias a la empatía, el respeto y la admiración²⁴.

La relación de confianza y ayuda entre la enfermera y la familia ayuda a aumentar la capacidad de afrontamiento de ésta. Los profesionales de enfermería creen que los familiares se crean percepciones equivocadas y distorsionadas del estado real del paciente²⁶.

Uno de los problemas manifestados por estos profesionales es que desconocen la información que poseen las familias, lo cual es una amenaza al rol cuidador y perjudica la relación enfermera-familia. Por lo que proponen un modelo de información compartido, un rol más activo de las enfermeras²⁶.

Dicen sentir impotencia por el sufrimiento familiar y creen que es difícil lograr el autocontrol para poder ayudarles en su proceso de duelo³⁰.

En cuanto a los estudiantes de enfermería, la mitad de los encuestados en el artículo de Anguiano Morán, AC. et al.²⁸, no estableció relación con las familias por la ausencia de la misma, la rapidez de los acontecimientos, o porque otro miembro del equipo ya se encontraba con el familiar. Los pocos que trataron con ellas, observaron llanto, dolor, gritos e incluso desmayos, lo que influyó en que ellos sufrieran un impacto emocional.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CUIDADOS Y LAS ACTITUDES

Los factores más repetidos son, la experiencia^{29,31,33,34,35}, la edad del paciente^{31,32,33,34}, factores organizacionales, ambientales y características arquitectónicas^{26,29,34} y, por último, la actitud del paciente²⁹, habilidades individuales³⁴ y si existen niños o ancianos al cargo de los profesionales³⁵.

Uno de los principales factores es la **experiencia** profesional. Las enfermeras afirman que la experiencia transforma sus cuidados en un cuidado amoroso, que es individualizado, único e integral²⁴. Además, aquellas con mayor experiencia tienen menos dificultades para afrontar la muerte, al igual que los alumnos de cursos más avanzados, quienes presentan menor nivel de miedo^{26,36}. Esto se contradice con los resultados del estudio de Pérez Vega ME et al.²⁹, en el que las enfermeras creen que la antigüedad y la experiencia laboral no disminuye el impacto psicosocial, pudiendo, incluso, incrementarlo, ya que con el paso de los años se vuelve más difícil para ellas controlar sus emociones, transfiriendo a cada paciente sus propios duelos.

Además de la experiencia profesional, la experiencia personal es también influyente^{28,29}.

La **edad** del paciente es otra variable que se repite en numerosos estudios. En este caso hay unanimidad, y a todas las enfermeras les afecta más la muerte en pacientes jóvenes^{26,27,28,29,33}. Los profesionales de enfermería viven la muerte de los pacientes ancianos como algo natural y, si la etapa terminal ha sido larga y dolorosa, se desea que acabe y viviéndola como una liberación²⁹.

Los **factores ambientales y las características arquitectónicas y organizacionales** son grandes amenazas para la muerte digna, sobre todo, la distribución de las camas, la falta de espacio, sobrecarga del trabajo de las enfermeras y la escasez de medios. Todo ello ocasiona que el contexto hospitalario sea desfavorable y se produzca menos confort, comodidad e intimidad. El servicio de terapia intensiva se percibe como aun más desfavorable por las normas más rígidas, más tecnología, etc., y el servicio de urgencias por menos espacios, privacidad y escaso acompañamiento familiar^{26,29}.

Los avances tecnológicos se admiten como un factor negativo, creen que debería de tener límites según la edad, la esperanza y la calidad de vida²⁶.

Otro factor influyente sería la variabilidad de profesionales y la falta de coordinación entre ellos, lo cual dificulta la toma de decisiones. Los profesionales declaran dificultades estructurales y organizativas para comunicar malas noticias y ofrecer una atención integral, falta de recursos humanos y de habilidades individuales³⁴.

En dos de los artículos se nombran como factores las condiciones en las que ha ocurrido la muerte (si se sufre, si es un proceso largo, etc.) y la actitud que muestre la familia o el paciente (aceptación o rechazo)^{29,37}. Al igual que la relación de apego con el paciente y la familia, a mayor vínculo sentimental, mayor intensidad de los sentimientos²⁶.

En el estudio observacional, descriptivo, transversal (2011) de Pascual Fernández MC et al.¹⁹, se estudia la ansiedad del personal de enfermería que trabaja en UCI de adultos y pediátrica, y en estos profesionales se refleja que los niveles de ansiedad son más altos en profesionales con hijos y/o personas de edad avanzada a su cargo.

En uno de los estudios realizados a través de la Escala de Miedo a la Muerte a estudiantes de la Universidad de Concepción, no se encontraron diferencias significativas entre tener o no fe religiosa. Sin embargo, se correlacionó significativamente e inversamente con la inteligencia emocional³⁶.

FORMACIÓN

La formación ante la muerte en el ámbito enfermero es un tema que se nombra en la mayoría de los artículos de esta revisión, en concreto 12. En el 66,6% de ellos, los profesionales dicen no sentirse formados o no contar con los suficientes conocimientos y habilidades para afrontar el tema de la muerte.

El estudio cuasiexperimental (2006) de Benbunan Bentata B et al.²³, demostró que existían diferencias estadísticamente significativas en un grupo experimental antes y después de recibir un programa de intervención: "Taller sobre el Impacto Emocional del Sufrimiento y de las Experiencias relacionadas con la Muerte". Sin embargo, en el grupo control, que no recibió el curso, no se dieron estas diferencias. Otro estudio encontró diferencias significativas en la Escala de Ansiedad ante la muerte y la Escala de Depresión ante la muerte en el grupo de intervención, antes y después de recibir un curso de formación³⁵.

Los profesionales de enfermería creen tener escasa formación y falta de conocimientos acerca del tema, lo cual se repite en varios artículos^{25,28,30,37}.

En otras ocasiones, las enfermeras refieren estar capacitadas técnicamente pero no para desempeñar la parte moral y espiritual²⁹. En el artículo descriptivo transversal (2015) de Pacheco Sánchez, N, et al.³², el 88,5% cree que se da más valor a la parte técnica que a la psicológica y el 61,5% dice no disponer de herramientas psicosociales necesarias, y la gran mayoría necesita instancias de apoyo emocional.

El inexistente, pero necesario, apoyo de tanatología para el personal de enfermería, pacientes y familias, genera insatisfacción dentro del colectivo enfermero²⁹.

Los profesionales creen que existe predisposición para garantizar el acompañamiento y la atención familiar, pero manifiestan falta de formación para abordar el sufrimiento espiritual y el proceso de duelo. Destacan un desconocimiento del marco legal por parte de profesionales y una falta de formación específica en el abordaje del paciente terminal durante la formación

de pregrado y posgrado. Esto hace que se deleguen responsabilidades a otros profesionales de mayor nivel de responsabilidad³⁴.

Otro dato a destacar es que en el artículo de Castanedo Córdoba, IM et al.²⁷, se menciona que el 80% de las enfermeras no ha hecho el curso "El profesional ante situaciones conflictiva", a pesar de que éste ha sido propuesto por su centro de trabajo. Pero esto no es siempre así, en el artículo de Sevilla Casado, M et al.³³, el 91% de enfermeras realizó formación específica sobre la muerte y los cuidados paliativos. En el artículo de Pascual Fernández, MC et al.¹⁹, un 41,6% había realizado cursos sobre afrontamiento de la muerte, pero, a pesar de ello, la mayoría declaró no sentirse formado.

CONCLUSIONES

Tras consultar numerosa bibliografía disponible acerca del tema, se puede concluir que existen diferentes maneras de afrontar la muerte dentro de la profesión enfermera. Una de las limitaciones de los estudios es que ninguno es de gran tamaño muestral lo cual podría ocasionar sesgos en los resultados.

Queda patente que los conocimientos tanatológicos de las enfermeras son escasos o insuficientes y que no poseen las habilidades necesarias para tratar con los pacientes y sus familiares, siendo esto un factor que limita la posibilidad de ofrecer un cuidado de calidad y que puede ocasionar que las enfermeras deleguen estos cuidados propios de enfermería a otros profesionales. Sería conveniente proporcionar más formación tanto a enfermeras como a estudiantes de enfermería dentro del ámbito hospitalario y/o universitario, creyendo que es una asignatura pendiente. Debería tratarse a través de ejercicios prácticos de comunicación y simulacros de una situación real, ya que la formación teórica, aunque sí debería ser ampliada, no sería suficiente.

Además, deberían crearse grupos de autoayuda dirigidos al profesional de enfermería, en los cuales podrían apoyarse, consiguiéndose que los sentimientos negativos les afectaran en menor medida en su vida privada. De esta manera, se evitaría que muchos profesionales se distanciaran de los pacientes por miedo a no saber cómo abordar esta situación, ya que estarían lo suficientemente formados como para saberlo.

Aunque es cierto que, en ocasiones, son las propias enfermeras las que muestran indiferencia y desidia, como se muestra en uno de los artículos, cuando se les propone un curso de formación.

Tras la lectura crítica de los artículos, se observa como los profesionales enfermeros manifiestan su disconformidad con la gestión de la muerte en el contexto hospitalario, por lo que se cree necesario un cambio en la misma, sobre todo en determinadas unidades hospitalarias, ya que no favorecen la

muerte con dignidad, lo cual provoca una disminución de la calidad de la asistencia sanitaria y, además, genera sentimientos de impotencia y frustración en los profesionales.

Otro de los aspectos a destacar es la importancia que tiene el equipo multidisciplinar, en el que es fundamental que haya una comunicación abierta entre todos los miembros.

Debería reflexionarse de manera global y personal, así como establecer un cambio de actitud para que no se repitan malas praxis por habituación a la muerte y muestra de poca ética o deshumanización de los cuidados.

Sería deseable la realización de investigaciones más exhaustivas que reflejen la realidad acerca de este tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Avila M, Valdez Medina JL. Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. Revista Ciencia Ergo Sum [Internet] 2002 [citado 19 may 2016]; 9 (2): 162-128. Disponible en <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/3759/2811>
2. Celma Perdigon AG, Strasser I G. El proceso de la muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Physis: Revista de Saude Coletiva [Internet]. 2015 [citado 5 Abr 2016]; 25(2):465-500. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00485.pdf>
3. García Caro MP. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia [tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2008. <http://hera.ugr.es/tesisugr/17573312.pdf>
4. Yagüe Frías AC, García Márquez MC. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. Revista de Enfermería [Internet]. 1994 Sept [citado 5 Abr 2016]; (4); [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
5. Murrain Knudson E. La enfermería y la muerte. Persona y bioética. [Internet]. 2005 [citado 5 Abr 2016]; 9(1):101-104. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/909/990>
6. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. EG. [Internet]. 2009 Feb [citado 5 Abr]; 8(15):1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015

7. López Parra HJ- De la cultura a las culturas de la muerte. Poiesis. [Internet]. 2009 Jun [citado 5 Abr]; (17):1-7. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/179/166>
8. Gala León FJ. Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Cuad. Med. Forense. [Internet] 2002 Oct [citado 5 Abr 2016]; 8(30):39-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004
9. Torres D. Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. SAPIENS. [Internet] 2006 Dic [citado 5 Abr 2016]; 7(2):107-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41070208>
10. Leaf JL. Sin miedo a la muerte Una mirada budista sobre el encuentro con la muerte. 1ª ed. Chile: Maitri; 2004.
11. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Aten. Primaria: el proceso del duelo. MEDIFAM. [Internet] 2002 Mar [citado 5 Abr 2016]; 12 (3):218-225. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n3/dinamica.pdf>
12. Cabodevilla Eraso, I. El duelo, estigma de la existencia humana. Cuadernos de Terapia Familiar. [Internet]. 2002 [citado 5 Abril 2016]; (51):97-103. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/acompanamiento-duelo-med-paliativa/14-EL-DUELO-ESTIGMA-DE-LA-EXISTENCIA-HUMANA-CABODEVILLA.pdf>

13. Filgueira M. Psicodrama focal del duelo patológico. SISO/SAUDE. 1995; (25):17- 32.
14. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo. 1ª ed. Barcelona: Paidós Iberica; 2007.
15. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. Revista de Psicoterapia. 2002; 13(49): 95-122.
16. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. [Internet] 2008 [citado 5 Abr 2016]; 5(1): 103-116. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130103A/15522>
17. AECC: Asociación Española Contra el Cáncer Cómo Ayudar. Tras la Pérdida de un Ser Querido. [Internet]. Madrid: AECC; 2012 [actualizado 23 abril 2016, citado 24 abril 2016]. Cómo ayudar tras la pérdida de un ser querido [2 pantallas]. Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/como_hacer_frente_pedida_ser_querido.pdf
18. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. [Internet]. Madrid: SECPAL; 2014 [actualizado 22 abril 2016, citado 24 abril 2016] El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos [149 páginas]. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf
19. Pascual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Enferm. Intensiva. [Internet] 2011 Jul [citado 5 Abr 2016]; 22 (3):96-103. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria->

[intensiva-142-articulo-ansiedad-personal-enfermeria-muerte-las-unidades-criticos-90025105](#)

20. Frutos Martín M, Iglesias Guerra JA, Frutos Martín JM, Calle Pardo, A. La persona en el proceso de muerte. EG. [Internet] 2007 [citado 5 Abr 2016]; 6(10): 1-14. Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/208/177>
21. Montes de Oca Lomeli GA. Historia de los cuidados paliativos. Rev. Dig. Univ. [Internet] 2016 [citado 20 Abr 2016]; 7(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf
22. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín de la escuela de medicina. [Internet] 2007 [citado 20 Abr 2016]; 32(1): 16-22. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl:16080/publ/Boletin/20071/CuidadosPaliativos.pdf>
23. Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Benbunan Bentata B. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. IJCHP. [Internet] 2006 Oct [citado 20 Abr 2016]; 7(1):197-205. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-216.pdf
24. Vega Vega P, González Rodríguez R, Mandiola Bonilla J, Rivera Martínez MS. Desvelando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. Aquinchan. [Internet] 2013 Abr [citado 20 Abr 2016]; 13(1):81-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4324997>
25. Hanzelíková PogrányiváA, García López MV, Conty Serrano MR, López Davila Sánchez B, Barriga Martín JM, Martín Conty JL. Reflexiones de

- los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. EG. [Internet] 2014 Ene [citado 20 Abr 2016]; 13(1):133-144. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/37625/1/Reflexiones%20de%20los%20alumnos%20de%20Enfermer%c3%ada%20sobre%20el%20proceso%20de%20la%20muerte.pdf>
26. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm. Intensiva*. [Internet] 2011 Ene [citado 20 Abr 2016]; 22(1):13-21. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-final-vida-unidad-cuidados-90000265>
27. Castanedo Córdoba IM, Suárez Solana C, Vivar Molina C. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enferm. Docente*. [Internet] 2010 Ene-Jun [citado 20 Abr 2016]; (91):16-18. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>
28. Anguiano Morán AC, Andrade Díaz S, Méndez Salas L, Juárez Martínez M, Valencia Guzmán MJ, Lemus Loeza BM. Sentimientos y emociones experimentadas por los estudiantes de Enfermería ante la muerte de pacientes durante sus prácticas clínicas. *Rev. Paraninfo digital*. [Internet] 2015 [citado 20 Abr 2016]; (22): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/098.pdf>
29. Pérez Vega ME, Juan Cibanal L. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev. Cuidarte*. [Internet] 2016 [citado 20 Abr 2016]; 7(1):1210-1218. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/295/485>

30. Garcia S V, Rivas Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. Cienc. Enferm. [Internet] 2013 [citado 20 Abr 2016]; 19(2):111-124. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011
31. Souza e Souza LP, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves RC, Oliveira e Silva CS, Barbosa DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. EG. [Internet] 2013 Oct [citado 20 Abr 2016]; 12(32):222-229. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion4.pdf>
32. Pacheco Sánchez N. Estimación del nivel de ansiedad ante la muerte en los enfermeros de Cuidados Intensivos. Enferm. del Trabajo. [Internet] 2015 Ene [citado 20 Abr 2016]; 5(1):5-13. Disponible en: <http://www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/article/viewFile/29/26>
33. Sevilla Casado M, Ferré Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de atención sociosanitaria: Datos y Significados. Gerokomos. [Internet] 2013 [citado 20 Abr 2016]; 24(3):109-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Sepúlveda Sánchez JM, Morales Asencio JM, Morales Gil IM, Canca Sánchez JC, Crespillo García E, Timonet Andreu EM. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. Enferm. Clín. [Internet] 2014 [citado 20 Abr 2016]; 24(4):211-218. Disponible en: <http://www.somuca.es/ServletDocument?document=504>

35. Tomás Sábado J, Aradilla Herrero A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería. Eficacia de la metodología experiencial. Enf. Científica. [Internet] 2001 Sep-Oct [citado 20 Abr 2016]; (234-235):65-72. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262726866_Educacion_sobre_la_muerte_en_estudiantes_de_enfermeria_Eficacia_de_la_metodologia_experiencial
36. Maritza Espinoza V, Olivia Sanhueza A. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. Acta paul.enferm. [Internet] 2012 [citado 20 Abr 2016]; 25(4):607-613. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lang=pt
37. Orozco González MA, Tello Sánchez GO, Sierra Aguillón R, Gallegos Torres RM, Xequé Morales AS, Reyes Rocha BL et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. Enferm. Univ. [Internet] 2013 Ene-Mar [citado 20 Abr 2016]; 10(1):8-13. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100003

ANEXOS

Anexo 1:

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

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

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

Anexo 2:

Tabla 1. Escala de ansiedad ante la muerte Templer:

1. Tengo mucho miedo a morirme.
2. Alguna vez me viene a la cabeza la idea de la muerte.
3. No me pone nervioso/a cuando la gente habla sobre la muerte.
4. Me horroriza pensar que tengo que tener una operación.
5. No tengo miedo en absoluto a morirme.
6. No tengo especialmente miedo a tener cáncer.
7. La idea de la muerte nunca me molesta.
8. A menudo estoy afligido porque el tiempo pasa muy rápidamente.
9. tengo miedo a morir de una muerte dolorosa.
10. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.
11. Me espanta tener un ataque al corazón.
12. A menudo pienso que la vida es realmente corta.
13. Me estremezco cuando la gente habla de la tercera guerra mundial.
14. La visión de un cadáver me horroriza.
15. Pienso que el futuro no me depara nada que temer.

