

ULL

Universidad
de La Laguna

TESIS DOCTORAL

**Percepción y estrategias de afrontamiento en las
experiencias personales de muerte y duelo.
Estudio de casos en enfermeras de Lanzarote**

M^a Blanca Fernández Vallhonrat

Director: Alfonso Miguel García Hernández

Programa de Ciencias Médicas

2017

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

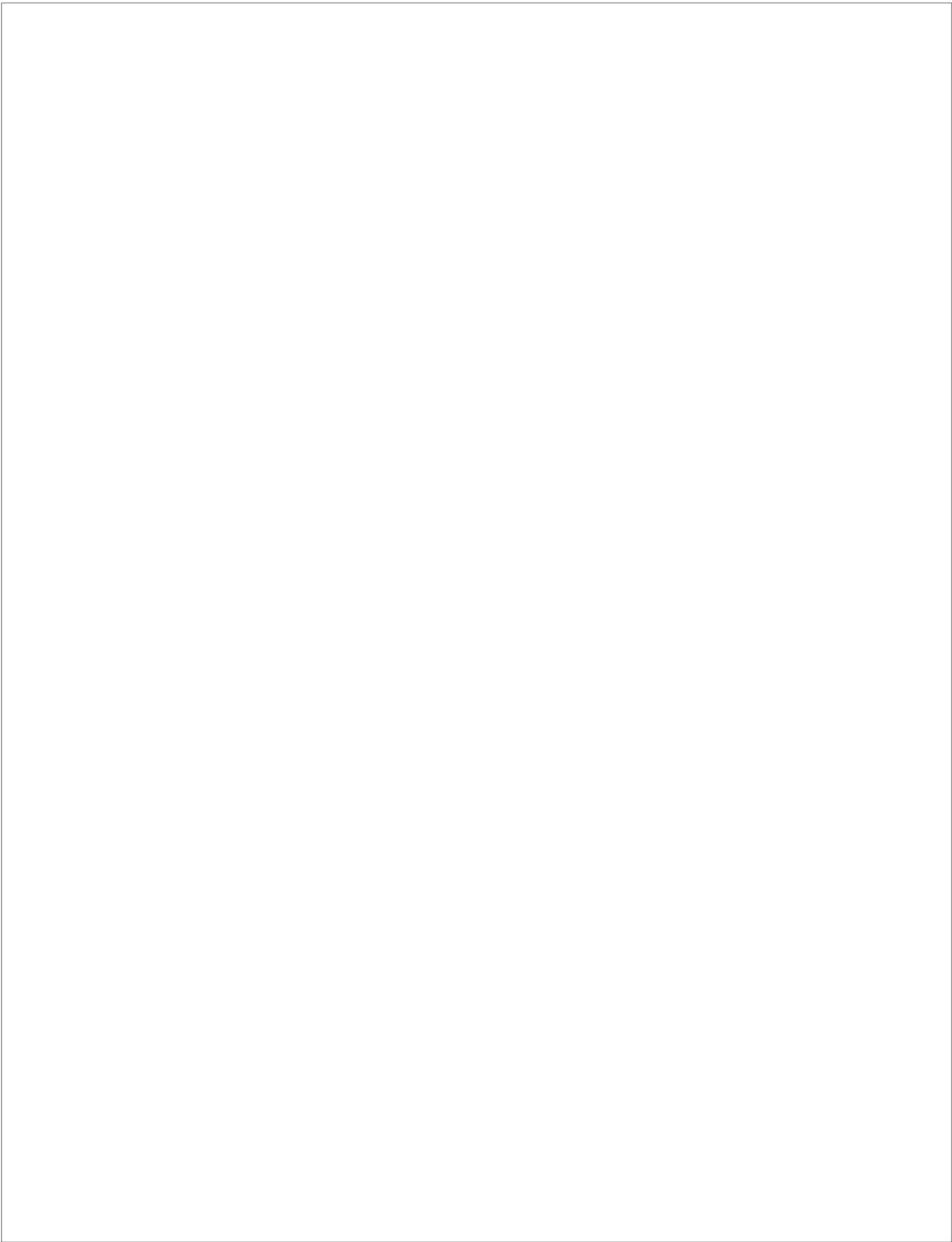
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

D. ALFONSO MIGUEL GARCÍA HERNÁNDEZ, PROFESOR TITULAR DE LA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CERTIFICA:

Que D^a María Blanca Fernández Vallhonrat, ha realizado bajo mi dirección el trabajo
titulado:

“Percepción y estrategias de afrontamiento en las experiencias personales de muerte y
duelo en enfermeras en Lanzarote”

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado

La Laguna, a 10 de mayo de 2017

Fdo. Prof. Dr. D. Alfonso Miguel García Hernández.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

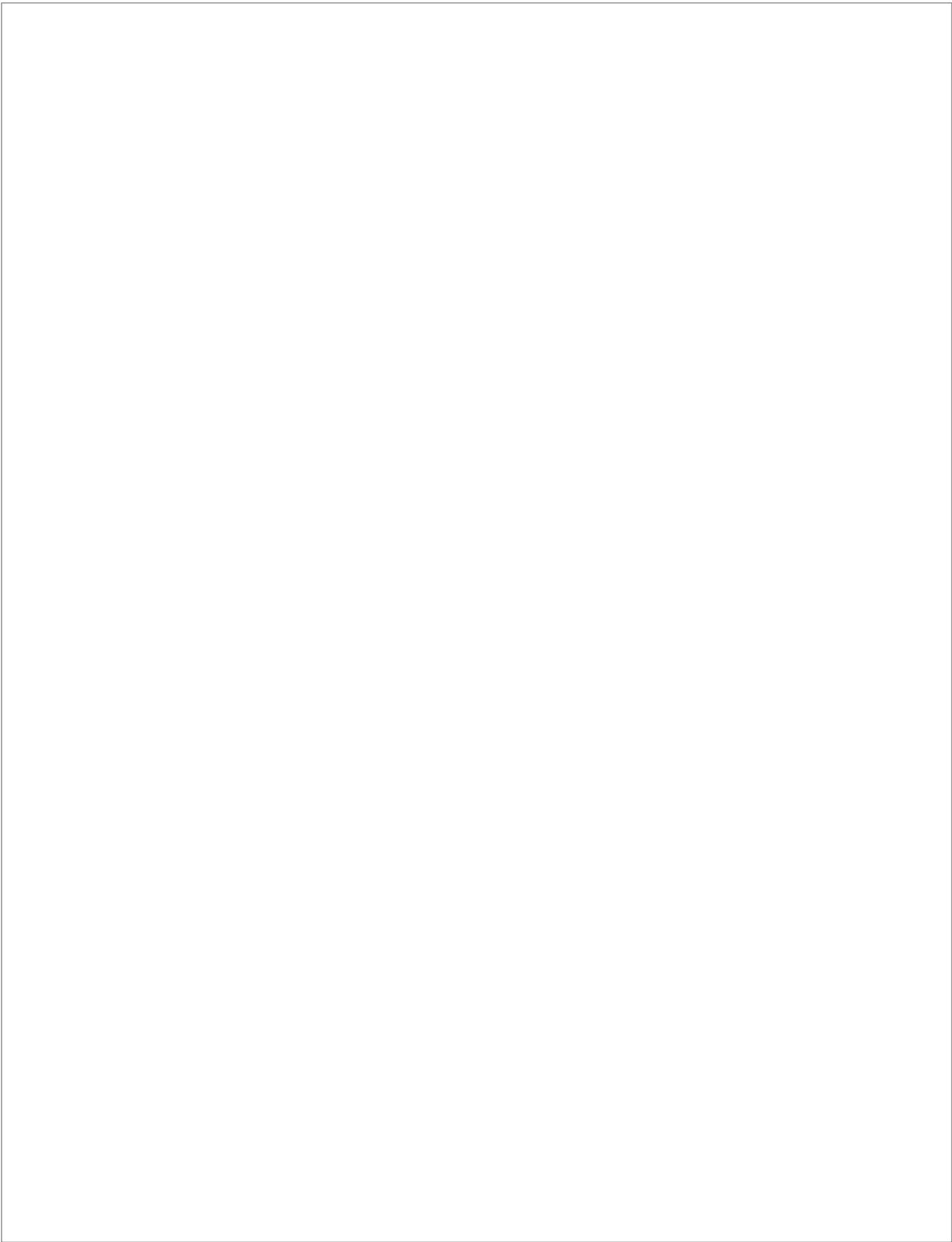
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

A mi hija. Gracias por ser como eres

Las lágrimas más amargas vertidas sobre las tumbas,
son las palabras sin decir y las acciones sin hacer.

Harriet Beecher Store

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Agradecimientos

Este trabajo de investigación no se hubiera conseguido sin la colaboración de las personas que han hecho posible que el mismo haya llegado a buen puerto.

A mi familia por su apoyo y ánimo.

A mis padres, quienes aún sin poder disfrutar de su presencia, me transmitieron el placer de la lectura, la motivación por aprender cosas nuevas y fomentar mi curiosidad.

A mis compañeros de departamento, por su colaboración y especialmente a M. Luz sin cuya ayuda y consejos hubiera sido más difícil el llevarlo a término, a Mariola por su inestimable colaboración en la búsqueda bibliográfica, a Jose por su apoyo en los momentos bajos y a Julián al que al final le dimos mucho trabajo y su ayuda fue fundamental.

A Cristina, compañera de fatigas en este proceso. Al final todo llega.

A Cristo, compañero del Master de Investigación, quien siempre está dispuesto a ayudar y a compartir con los demás sus conocimientos.

A mi director de Tesis, Alfonso Miguel García Hernández, por creer en mí y en lo que hacía, por sus sugerencias, ayuda, recomendaciones y sobre todo por su gran humanidad que transmite serenidad a quien está a su lado.

Y, para terminar, tengo que reconocer que investigar sobre la primera experiencia sobre la muerte no hubiera sido posible sin la colaboración de todos aquellos compañeros y amigos enfermeros que me han permitido conocer de primera mano sus vivencias. Gracias por compartir conmigo esas parcelas de intimidad que han hecho posible desarrollar esta investigación.

Muchas gracias a todos

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

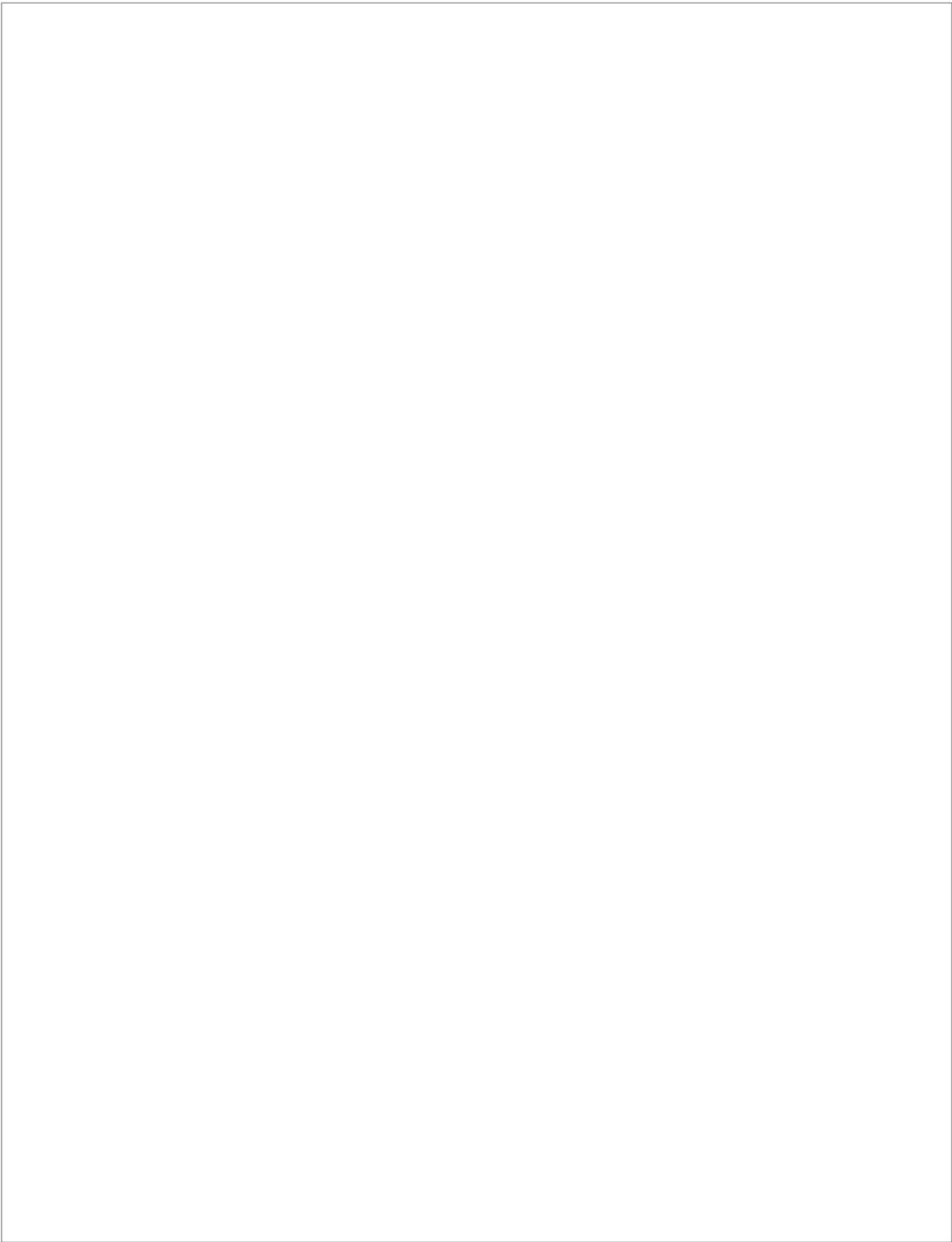
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

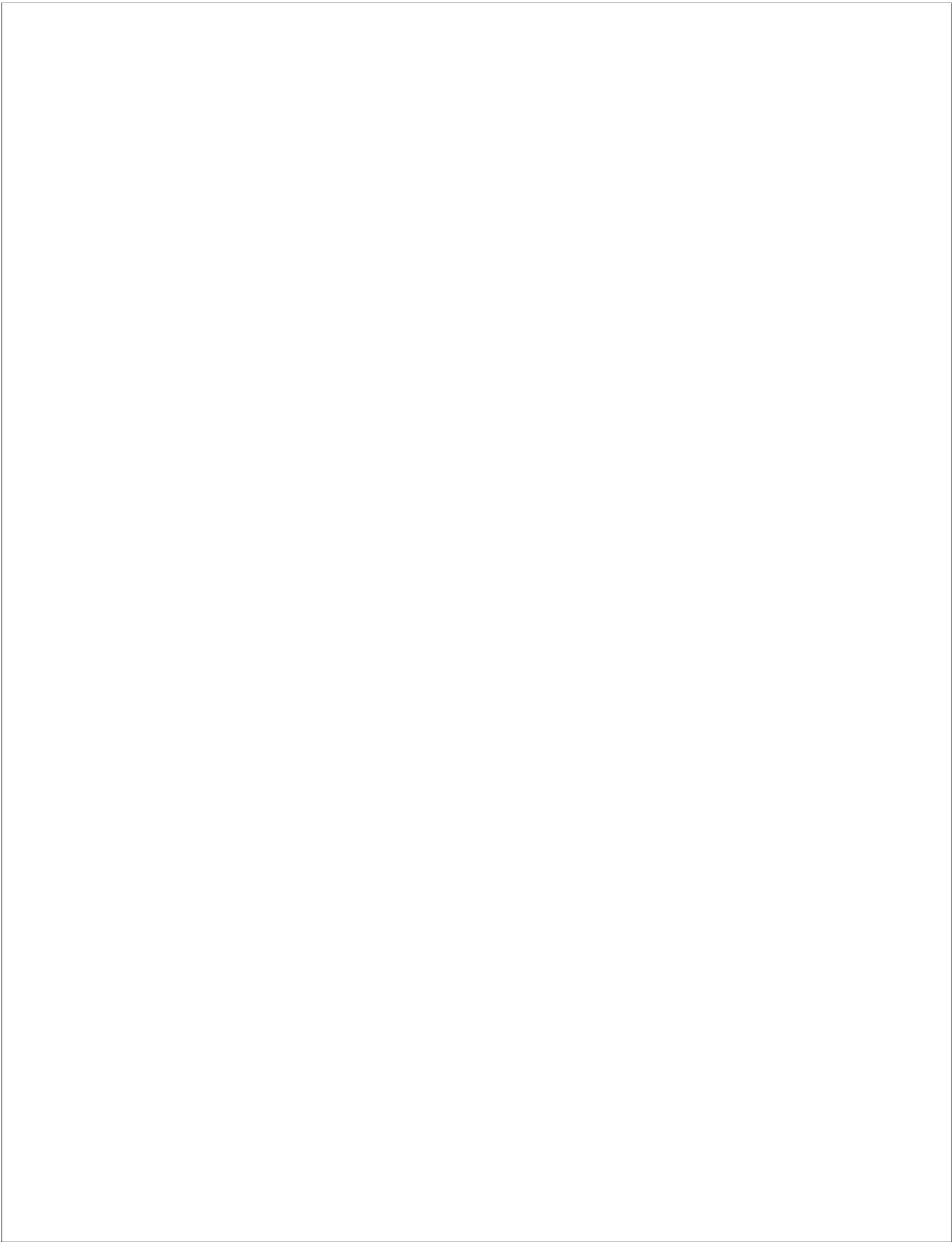
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

SIGLAS UTILIZADAS

ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
E	Entrevista
CCAA	Comunidades Autónomas
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISTAC	Instituto Canario de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPS	Primeros Auxilios Psicológicos
RAE	Real Academia Española de la Lengua
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

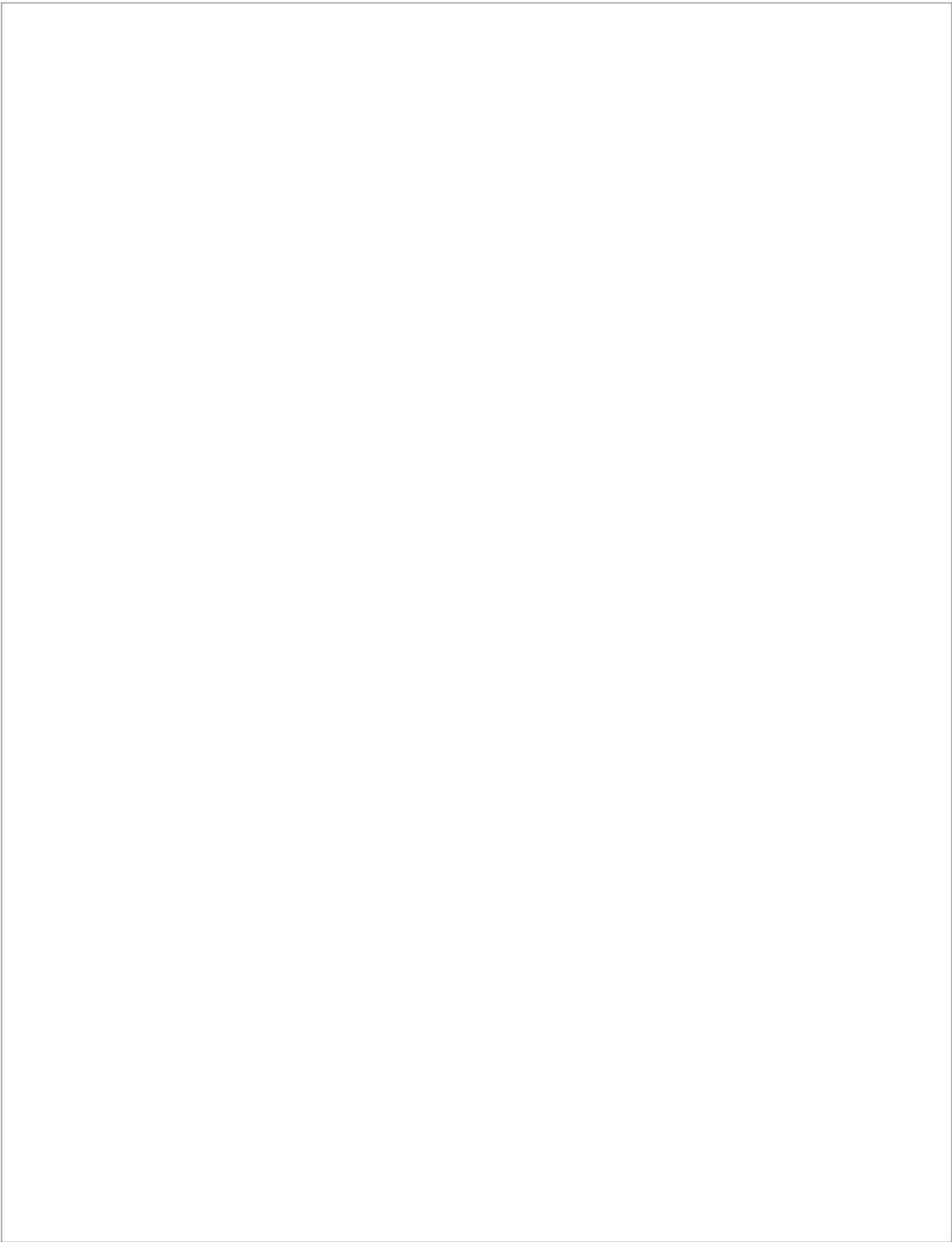
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
1.1.1. Concepto de muerte.....	7
1.1.2. Revisión histórica de la muerte	11
1.1.3. Enfermería y diversidad cultural	16
1.1.4. El cuidado y la cultura: referentes teóricos en enfermería	18
1.1.5. Enfermería transcultural	20
1.1.6. La muerte desde un enfoque cultural	24
1.1.7. La especificidad religiosa canaria	26
1.1.8. La religión y la muerte	27
1.1.8.1. El final de la vida en el islamismo	28
1.2. TANATOLOGIA	34
1.2.1. Origen.....	34
1.2.2. Antecedentes históricos.....	35
1.2.3. El papel de los enfermeros en la tanatología.....	39
1.3. EL DUELO	43
1.3.1. Enfermería y duelo.....	45
1.3.2. Sentimientos y actitudes manifestados por los enfermeros.....	47
1.3.3. Necesidad de conocimientos previos	49
1.4. EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE.....	52
1.4.1. Concepto de afrontamiento	52
1.4.2. Estrategias de afrontamiento	55
1.4.3. El afrontamiento en el ámbito hospitalario	58
1.5. PSICOLOGIA DE LA SALUD	61
1.5.1. Orígenes de la psicología de la salud	61
1.5.2. La psicología de la salud a nivel hospitalario.....	64
1.5.3. Psicología y religión.....	65
1.5.4. La importancia de la diversidad	66
2. OBJETIVOS	69
2.1 Objetivo general:	69
2.2 Objetivos específicos:	69
2.2.1 Conocer las experiencias y emociones experimentadas como consecuencia del primer contacto con la muerte.....	69
2.2.2 Conocer si dicha experiencia y su modo de afrontar la pérdida repercutió posteriormente en su labor profesional.	69

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

2.2.3 Identificar que estrategias de afrontamiento desarrollaron a lo largo de su proceso de duelo personal.....	69
3. MATERIAL Y MÉTODO	73
3.1. Paradigma, metodología y método.....	73
3.2. Recogida de datos.....	79
4. RESULTADOS.....	85
4.1. Variables socio demográficas.....	85
4.1.1 Género.....	85
4.1.2 Finalización de estudios de Enfermería.....	86
4.1.3 Primer contacto con la muerte.....	86
4.1.4. Afectación	87
4.1.5. Sentimientos experimentados.....	88
4.1.6. Afrontamiento posterior.....	89
4.1.7. Creencias religiosas.....	89
4.1.8. Desarrollo de mecanismos de defensa para el afrontamiento.....	90
4.1.9. Conocimientos previos.....	91
4.1.10. Necesidad de apoyo psicológico	92
4.2. Datos emergentes	94
4.2.1 Percepción de fenómenos y creencias tras la muerte	94
4.2.2 Ensañamiento o limitación del esfuerzo terapéutico.....	94
4.2.3. Miedo a la muerte.....	95
5. DISCUSIÓN	99
5.1. Los enfermeros y su percepción de la muerte	99
5.2. Limitación del esfuerzo terapéutico	100
5.3. Afrontamiento y duelo	104
5.4. Necesidad de conocimientos	107
5.4. Temas emergentes.....	109
6. CONCLUSIONES	113
BIBLIOGRAFÍA.....	119
ANEXO I	130
ANEXO II	131

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

TABLAS E ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Tabla 1.....	15
Ilustración 2 Cuidados culturales según Leininger	21
Ilustración 3 Cuidados culturales según Purnell	22
Ilustración 4 Identidad religiosa en España.....	25
Ilustración 5 Distribución por sexo	85
Ilustración 6 Tiempo de finalización de los estudios	86
Ilustración 7 Primer contacto con la muerte.....	86
Ilustración 8 Grado de afectación de la primera experiencia de muerte	87
Ilustración 9 Sentimientos experimentados.....	88

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

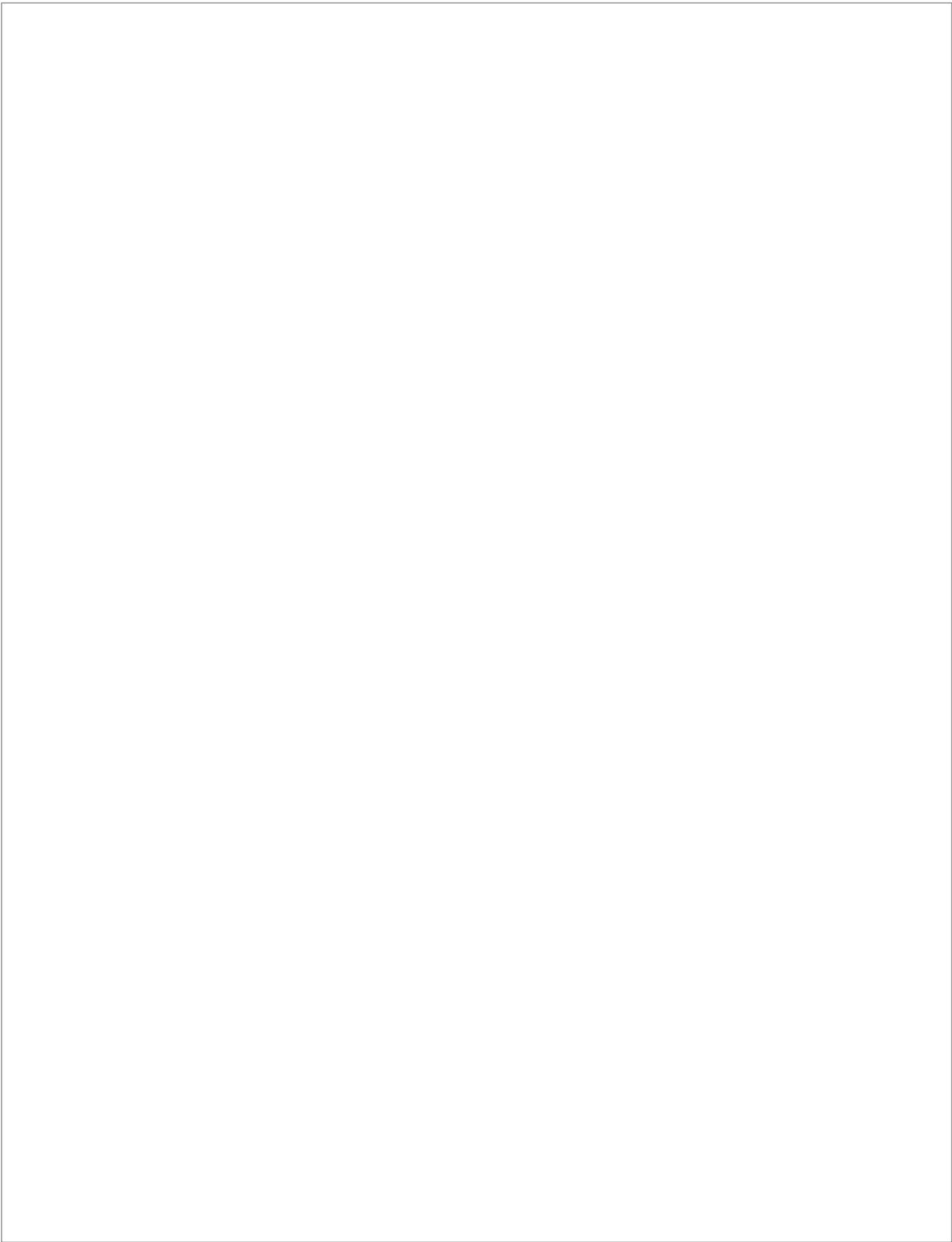
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1. INTRODUCCIÓN

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

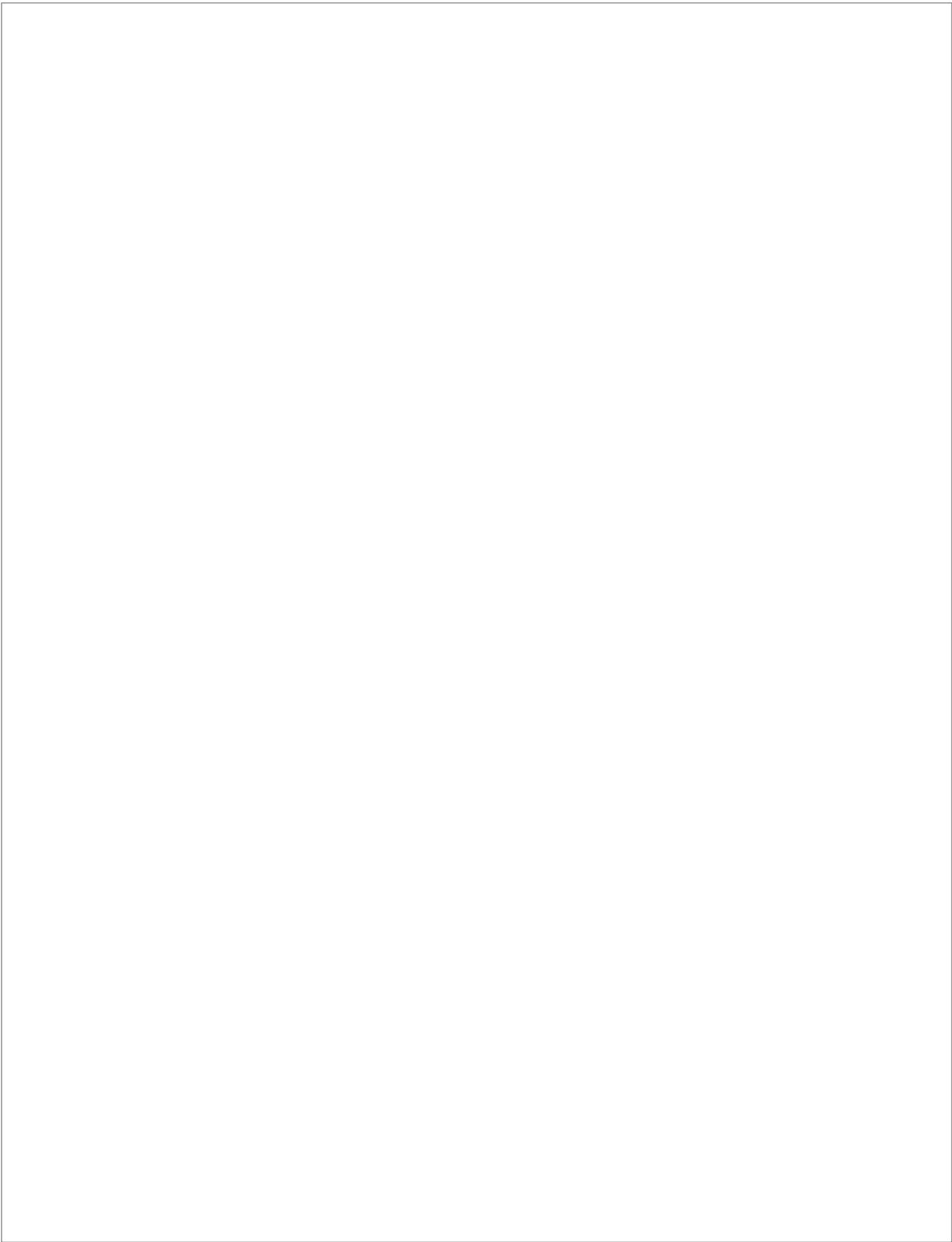
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

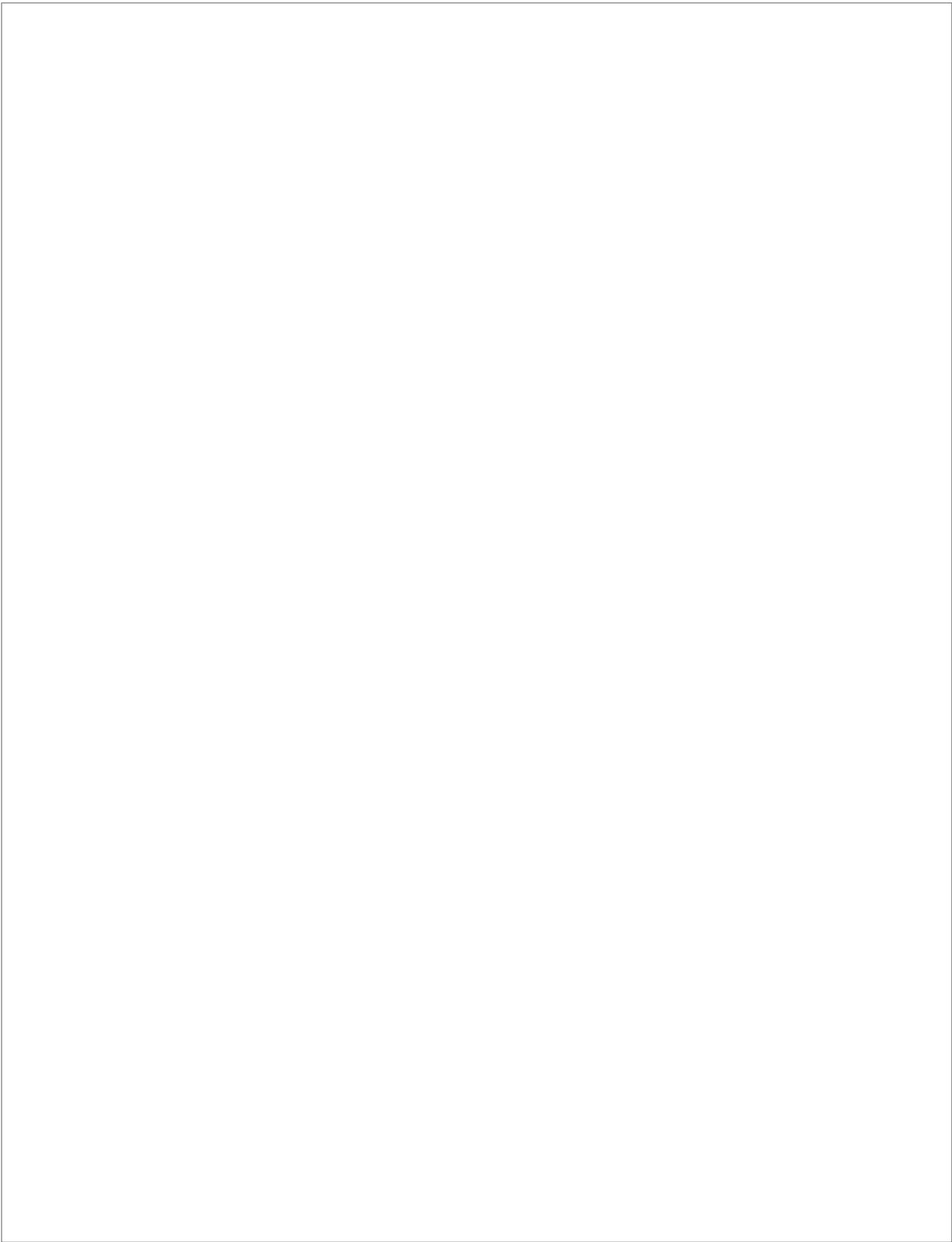
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1. INTRODUCCIÓN

La presentación de este estudio se inicia con una breve introducción sobre la historia de la muerte, con el fin de poner en su contexto la problemática sobre el tema objeto de estudio hasta la actualidad. Dentro de la misma se recogen algunos interrogantes sobre la cuestión y se justifica la relevancia de su estudio.

El trabajo está estructurado en seis capítulos. El primer capítulo está dedicado a la revisión de la literatura relacionada con el estudio que se plantea, con el objetivo de construir un soporte teórico para orientar su desarrollo. El segundo capítulo aborda los objetivos de la presente investigación describiéndose los mismos. El tercer capítulo está dedicado a la metodología empleada para su desarrollo, desde su origen hasta la obtención de resultados. El cuarto recoge los resultados obtenidos a través de la metodología empleada. El quinto está dedicado a la discusión de los resultados obtenidos. Por último, el capítulo seis aborda las conclusiones finales en base a los objetivos planteados y los resultados alcanzados.

La titulación de Enfermería enfoca al ser humano de una manera holística, considerando los factores psicológicos y ontológicos del enfermo, como parte esencial de su atención clínica durante la etapa final de la vida. Estos factores son tan importantes como las alteraciones funcionales y de orden médico que constituyen el motivo del cuidado que debe proporcionarse al paciente.

Los enfermeros y enfermeras¹, como profesionales de la salud, tienen una gran responsabilidad en relación a las personas a su cargo en el proceso de duelo por pérdidas significativas, pero ¿están como seres humanos, preparados para hacer frente a estas situaciones de duelo?, ¿Quién les ayuda a superar sus propias penas?, ¿Cuándo y dónde se les preparó para superar el mismo?, ¿Cómo ha repercutido en ellos un afrontamiento ineficaz?

¹ en lo sucesivo se utilizará "enfermeros" como genérico de ambos sexos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana. Ambos comparten aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológico-emocionales: son probablemente de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en su entorno social y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional diferente, teniendo respectivamente una respuesta social antagónica. (Busquets, 2001)

La muerte siempre ha sido un tema del que pocos quieren hablar. Sin embargo, desde sus orígenes, el hombre, siempre le ha rendido culto, quedando reflejado en los diferentes rituales y formas de enterramiento existentes.

Kübler-Ross (2005) apunta que cada vez son más intensos y veloces los cambios sociales impuestos por los avances tecnológicos. El hombre se vuelve cada vez más individualista y se preocupa menos por los problemas de la comunidad. Debido a ello, estos cambios tienen su impacto sobre la forma con que en la actualidad el hombre lidia con la muerte.

En la formación de los profesionales de la salud predominan los procedimientos técnicos, en detrimento de una formación más humanista. En ella se presenta una visión negativa de la expresión de sentimientos, ya que el contacto con la emoción puede dificultar el desempeño de las actividades. La formación es básicamente técnica. (Cunha. 2012) Sin embargo, en la actualidad se busca la introducción de una política de humanización desde la que se haga hincapié en el cuidado y la preocupación por el paciente, atendiendo a la complejidad del ser humano en el contexto de los diferentes aspectos presentes en el proceso de salud/enfermedad.

El contacto con la enfermedad, el proceso de hospitalización y la muerte, conllevan la necesidad de identificar diversas emociones y sentimientos por parte del paciente, estando íntimamente ligados al sufrimiento. Ello con el objetivo de

proporcionar una estabilización del estado psicológico, no solo del paciente y sus familiares, sino también de los profesionales que están a cargo de su cuidado.

Se parte del hecho, de que el proceso de muerte es común a todo ser humano y está presente en las instituciones hospitalarias, dentro de las que el personal de enfermería se encuentra generalmente orientado por el modelo biomédico y sin tener una formación previa que le permita trabajar con los aspectos subjetivos y emocionales procedentes del proceso enfermedad y muerte.

Aunque en la actualidad se está teniendo en consideración una política de humanización en salud que abarque a la persona en su totalidad, aparecen algunos interrogantes que se pretende dilucidar como son: ¿Cómo vivieron los enfermeros el cuidado de los pacientes en proceso de muerte? ¿Qué emociones experimentaron? ¿Cómo afrontaron ese proceso? ¿Qué aspectos consideran que se deben contemplar?

La muerte está ligada a la cultura, la religión, la historia y al conocimiento que cada uno tiene sobre sí mismo. Sin embargo, en la sociedad occidental moderna, la muerte tiene una característica común, que es la necesidad de encontrar una institución que reúna las condiciones necesarias para su tratamiento, entre las que se encuentra el alivio del dolor.

La enfermería, en su práctica en los hospitales, utiliza básicamente recursos técnicos y objetivos para tratar con la persona en proceso de muerte. Pero, en muchas ocasiones estos recursos son insuficientes, pues están enfrentados con otras facetas que rodean al ser humano, como su ser biopsicosocial.

Para Galindo (citado por Carmona Berríos, 2008) la muerte inspira mucho respeto y temor, está rodeada de un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable que, a su vez, transmite mensajes que invitan a caminar con ella en busca de la paz completa en una nueva vida.

1.- INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios, trabajamos para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes, haciendo todo lo necesario para mantenerlos en las mejores condiciones de vida y salud; pero únicamente algunos afrontamos de una forma directa el fin de la vida. (Schimid, 2007).

Como se ha señalado, los profesionales sanitarios no estamos libres de la influencia de la sociedad ni de las emociones, actitudes o sentimientos que nos genera la muerte y las personas moribundas. Las actitudes individuales hacia la muerte y los aspectos asociados a esta, como el dolor, la pena o el sufrimiento, pueden condicionar en cierto modo, la forma en que afrontamos este hecho, así como el trato que dispensamos a las personas en situación terminal, y a sus familiares. En este sentido, en colectivos como el de Enfermería, que ha de enfrentarse de una manera directa y más o menos frecuente a la muerte y a la agonía ajena, los profesionales padecemos en mayor o menor grado ansiedad, que puede derivar en una inadecuada atención causada por actitudes de rechazo, huida o inseguridad al afrontar nuestros propios miedos ante la muerte. (Tomás &Guix, 2001).

Los enfermeros, tendemos a utilizar recursos técnicos con la intención de protegernos de la vivencia de la muerte en estas situaciones, intentamos no implicarnos emocionalmente, tratando de realizar un trabajo cualificado, con lo que fomentamos un distanciamiento con el paciente (Cunha, 2012).

Debido a ello, consideramos necesario profundizar en un estudio de ámbito personal, con la participación de los propios enfermeros implicados en la asistencia diaria de los pacientes, así como en su proceso de muerte. Por ello, y refiriéndonos a la metodología de la investigación, optamos por hacer la misma desde un punto de vista cualitativo por considerarlo el más idóneo para indagar en la población a estudiar.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Según Montoya (2006) existe una carencia de estudios cualitativos acerca de la muerte y el morir en español. En este sentido comenta:

“[...] es necesario concentrar energías en el diseño de estudios cualitativos que intenten desentrañar cuales son los significados que los actores sociales implicados en el proceso, conceden al morir (...)”

1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1.1. Concepto de muerte

Etimológicamente, la palabra muerte procede del latín *mors, mortis*, que daría lugar con el paso del tiempo al verbo morir.

Según la Real Academia de la Lengua (RAE), la muerte se define como el cese de la vida. Desde un punto de vista genérico, se entiende la muerte como la finalización de las actividades vitales de un organismo, y en el caso particular de la realidad humana, la definición vigente desde un punto de vista médico y legal alude al cese de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que este sea irreversible.

Según el grupo de trabajo de la Pontificia Academia de las Ciencias, reunido en la Ciudad del Vaticano en diciembre de 1989, la muerte debe ser definida como

“La pérdida irreversible de la función del organismo humano como un todo; este es un concepto biológico que presupone e implica la pérdida irreversible de la conciencia y la capacidad de reacción; la pérdida irreversible de la capacidad de respirar y, por tanto, de mantener un latido cardiaco espontáneo.”

Con el cometido de comprobar esta situación deben cumplimentarse una serie de procedimientos y protocolos rigurosamente pautados. Sin embargo, hay que señalar que la definición de la muerte ha sufrido una serie de variaciones a lo largo de la historia. En el pasado, el criterio para declarar clínicamente muerta a una persona era la ausencia de respiración y de latidos del corazón. Con la evolución tecnológica que

1.- INTRODUCCIÓN

permitió la conservación de manera artificial de la actividad cardíaca y respiratoria de la persona, este criterio tuvo que ser revisado.

La muerte es el poder absoluto que dispone de nosotros. Ella nos pone el límite, finiquita nuestra existencia. Viene cuando quiere, llega como el ladrón en la noche. A cada momento es posible que ella asalte. En el entorno de su vida el hombre tiene poder de disposición sobre cosas y procesos, pero no tiene poder para desembarazarse de la muerte, está entregado a ella. El hombre no tiene la capacidad de mantener a distancia a la muerte, no puede escapar, ocultarse ni esconderse. Como cita Llano-Moya (2012), a cada cual lo alcanza precisamente, con una "seguridad mortal".

La fatalidad de la misma se hace más evidente si se concibe como una característica intrínseca al propio ser vivo desde su origen. En opinión de Metchnikoff (Klarsfeld, *et al.*), la angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente alcanza el fin normal de su existencia tras el "cumplimiento de un ciclo completo y fisiológico de la vida con una vejez uniforme, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural".

Más allá de la biología, existe una concepción social y religiosa sobre la muerte. Desde estas perspectivas se suele considerar a la misma como la separación del cuerpo y el alma. Esto implica que la muerte puede suponer el final de la vida física, pero no el de la existencia. También es bastante común la creencia en la reencarnación.

Para los seres humanos la muerte se encuentra en la vida misma. En cuanto sabemos que vamos a morir dirigimos nuestros esfuerzos hacia la vida intensamente vivida, el morir nos enseña a amar, querer, y recordar. La muerte postergada hacia la eternidad no puede sino constituir el más absurdo de los absurdos.

El fallecimiento es un espejo en el cual contemplamos nuestra vida, en el que la historia personal se perfila hacia un proyecto común de todos los hombres; de los que están y de los que vendrán. En este espejo el diálogo del espíritu con el corazón resuelve

su acuerdo de vida en un instante: el corazón ofrece energía para la acción, y el espíritu ofrece un viaje hacia el crecimiento. Entender esto, significa comprender que la vida misma no es más que un periodo pequeño de nuestra existencia. Pero ¿por qué vivir si sabemos que vamos a morir? Porque en la vida encontramos el significado de la existencia, pero es en la muerte donde hallamos el significado de la vida. El convencimiento de nuestra muerte nos impulsa a trabajar, a hacer, a producir, sin posponer inútilmente nuestro destino. Su presencia nos pone frente a nuestra responsabilidad, que es hacer de la vida el sentido mismo de la existencia, según Gala León (2002).

La muerte es un acontecimiento biológico y personal. Su definición clásica como separación del alma y del cuerpo se caracteriza por una grave indigencia antropológica, pues la presenta como algo que afecta solo a la “corporalidad humana” y deja al “alma” completamente intacta. Esta descripción puede interpretarse subrayando el hecho biológico: cuando las energías orgánicas del hombre llegan al punto cero, entonces acaece el fallecimiento. Esta concepción sugiere también que la muerte es algo que sobreviene extrínsecamente a la vida, ambas, muerte y vida, se oponen, no existe entre ellas ninguna interrelación.

Por ello, en su definición clásica, la muerte es un acontecimiento que aparece sólo al final de la vida biológica. Por el contrario, en la visión antropológica que hemos expuesto, la muerte surge no como un simple hecho biológico, sino como un fenómeno específicamente humano. Llano Moya (2012).

El ser humano teme a la muerte, y este temor se nutre de la ignorancia. Uno siempre teme a lo que desconoce. Cuando la conciencia despierta y la ignorancia desaparece, deja de existir el temor a la muerte. Como suele expresarse, nadie muere la víspera. El ser humano muere el día y a la hora que señala la Ley del Destino. Desafortunadamente la humanidad desconoce esta ley.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

Erikson plantea, en su aportación a la psicología evolutiva, un esquema vital en el que solo puede existir una resolución positiva si se han resuelto satisfactoriamente los conflictos propios de las fases precedentes del desarrollo adulto. Parte de esta resolución positiva implica el enfrentamiento de la muerte como una realidad inevitable; de la conciliación con la mortalidad brota un sentimiento de plenitud, paz e integridad, en lugar de sentimientos de fracaso, horror y desesperación.

A pesar de las pinceladas aportadas, definir la muerte en su totalidad resulta mucho más difícil de lo que imaginamos, ya que implica diversos ámbitos (biológico, médico, legal, social, religioso) desde los que se trata de dotar a este hecho un sentido, y cuyas aportaciones se encuentran entrelazadas de forma compleja.

En su libro *Biología de la Muerte* Klarsfeld (citado por Hernández Arellano 2006), en un intento por descubrir el lugar que ocupa la muerte en las ciencias de la vida, hace un repaso de algunas ideas científicas con respecto al fallecimiento, que resumimos a continuación:

Carl Von Linneo, (1707-1778) plantea que la sabiduría divina ha impuesto un orden natural, el cual descansa sobre cuatro fenómenos relacionados: propagación, distribución geográfica, destrucción y conservación.

Todas las calamidades han sido instauradas por Dios por el bien supremo de los seres vivos en su conjunto, ya que hay que equilibrar nacimientos y muertes. La muerte mantiene la justa proporción de las especies.

Posteriormente, Jean-Baptiste Lamarck con un planteamiento opuesto a Linneo, considera que un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominamos vida y que está sujeto necesariamente a perderla, es decir, a llegar al fin de su existencia. Sitúa la muerte directamente en el interior del ser vivo.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

En el siglo XIX, Claude Bernard, propone la idea de que los organismos viven a la vez de su entorno y contra él, y que este es para ellos al mismo tiempo oportunidad y amenaza. La existencia no es más que una perpetua alternancia entre la vida y la muerte, de composición y descomposición. No hay vida sin muerte ni muerte sin vida.

Posteriormente, August Weismann, hace una distinción entre causas externas de muerte. Por un lado, con la edad se originan ciertos cambios en los tejidos que minan su funcionamiento y acaban por conducir directamente a lo que llamamos una muerte normal; pero estos cambios también pueden conducir indirectamente a la muerte al hacer al organismo incapaz de resistir ante influencias perjudiciales externas de poca importancia. (Hernández Arellano 2006).

De lo que estos autores plantean emergen dos posturas: la que asume la muerte como una fatalidad arbitraria, impuesta contra nuestra voluntad; y la reflexión científica que plantea una utilidad o función oculta de la muerte, muchas veces expresada en términos de ventaja selectiva basada en mecanismos de evolución.

1.1.2. Revisión histórica de la muerte

El concepto de la muerte como una entidad antropomórfica ha existido en muchas culturas desde los albores de la humanidad. En la lengua española, además del nombre propio de la misma, es común emplear “La Parca”, término procedente de la mitología romana. A partir del siglo XV comenzó a ser representada como una figura esquelética que llevaba un manto negro con capucha y una enorme guadaña.

En la antigüedad se valoraba la respiración como elemento fundamental de vida. Así se describe en el Halakhah, colección de preceptos religiosos (Rodríguez del Pozo 1993). Una de las formas de saber si un paciente estaba muerto era colocándole un espejo cerca de la nariz para comprobar si respiraba; de no formarse vaho en el espejo se le declaraba muerto. En la antigua Grecia, los médicos pensaban que la muerte podía

1.- INTRODUCCIÓN

originarse en la cabeza, en los pulmones o bien en el corazón, pero solo este último era el lugar en que se asentaba la vida, pues era el primer órgano en comenzar a vivir y el último en morir. Por eso para ellos eran los latidos del corazón los que distinguían los estados de vida y muerte: el latido cardíaco era el único y definitivo signo vital.

Ante estas prácticas, resulta interesante ver cómo ya en la época el propio Claudio Galeno reconoce que había casos en los que aplicar sus propias definiciones o guiarse por los signos que él mismo había recomendado podría conducir a errores diagnósticos. Incluía la histeria, la asfixia, el coma y la catalepsia entre los estados que podían suspender temporalmente, todos los signos que constituían la vida, sin suponer por ello la muerte.

En el siglo XVI el descubrimiento de la circulación pulmonar o circulación menor por el español Miguel de Servet constituyó un hecho trascendental. Y un siglo después (en 1628) Sir William Harvey enunció que la sangre se encontraba en movimiento circular permanente. En consecuencia, al quedar descrita la circulación mayor, se estableció científicamente el latido cardíaco como signo de vida. Desde entonces, se planteó clínicamente que la muerte llega con el cese de los latidos del corazón. (Walker 1989).

Hacia mediados del mismo siglo algunos médicos afirman que la putrefacción era el verdadero signo que confirmaba la muerte, por lo que era posible, que muchas personas fueran sepultadas sin estar muertas. Esta teoría cobró fuerzas en la población y fue tanto el temor al enterramiento prematuro que, en Inglaterra, George Bateson, comienza a fabricar ataúdes con campanillas de emergencia, innovación por la que no solo la Reina Victoria le hace merecedor de la Orden del Imperio Británico, sino que además obtiene beneficios económicos que le convierten en un hombre rico. (Rodríguez del Pozo 1993)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

A finales del siglo XVIII (1799), Xavier Bichat, eminente médico francés (citado por Lain Entralgo 2010), publica su libro *Investigaciones filosóficas entre la vida y la muerte*, basado en la disección de cadáveres de ciudadanos condenados a morir en la guillotina. En esta obra, indica que “los tenía a mi disposición treinta o cuarenta minutos después del suplicio [...]”. Bichat, considerado uno de los padres de la teoría de los tejidos, realizó gracias a ello avances en la descripción del tejido nervioso, distinguiendo en el mismo dos partes: el sistema nervioso de la vida de relación y el sistema nervioso vegetativo. El primero se caracteriza por ser voluntario, mientras que el segundo por su involuntariedad. Esto permitió a Bichat distinguir entre dos tipos de vida, a las que llamó respectivamente vida animal y vida orgánica. Ambas son tan diferentes que no aparecen al mismo tiempo en el proceso de formación del ser humano, así como su desaparición en el proceso de muerte, tampoco es simultánea.

En el siglo XIX, René Théophile Hyacinthe Laënnec inventa el estetoscopio y contribuye con la técnica de auscultación a la veracidad del diagnóstico de muerte según las funciones del corazón. Años después, el debate sobre el fenómeno que daba lugar al enterramiento erróneo de seres humanos con vida volvió a tomar fuerza, teniendo protagonismo en este momento dos explicaciones principales:

- La primera sostiene la existencia de un fenómeno idéntico a la muerte, conocido como *animación suspendida*. (Kinnaert, 2009) Se trata de un estado en el cual los organismos vivos, al igual que un reloj de péndulo, pueden detenerse por completo para luego comenzar a andar otra vez. Dicha postura apunta hacia la necesidad de redefinir la muerte.
- La segunda, sostiene la idea de que lo que realmente ocurre en la llamada animación suspendida no es una suspensión total de las funciones corporales, puesto que estas nunca han permanecido estáticas, sino que estas continúan en una forma y grado imperceptibles para el observador. De ser así, el problema no es definir la muerte, sino posibilitar su diagnóstico, para lo que es necesario conseguir

1.- INTRODUCCIÓN

los medios para distinguir entre la muerte y el funcionamiento mínimo de los órganos y sistemas.

Con posterioridad, el eminente cirujano francés Tuffier (Tuffier,1898) notifica haber logrado el restablecimiento del latido cardíaco en un joven operado de apendicitis que tuvo un paro cardíaco a los cinco días de la intervención. Comienza así la lucha por reactivar la función cardíaca, que no llegó a obtener éxito hasta la década de los años cuarenta del pasado siglo, cuando se empiezan a utilizar medios farmacológicos y eléctricos para el control del ritmo cardíaco. Así, es en 1947 cuando se logra la primera desfibrilación eléctrica en un paciente que permaneció 70 minutos con una fibrilación ventricular (Beck.1947).

Por estos mismos años se realizan relevantes investigaciones sobre el coma. A finales de 1950, neurólogos europeos describen un estadio en el que, la inactividad cerebral puede producir daños irreversibles, pero en el que pueden mantenerse las funciones del corazón y de los pulmones por medios artificiales, y con ello, la vida.

Nueve años después Mollaret y Goulon, profesores del Hospital Claude Bernard de París, llaman a esta condición "coma dépassé", y aclararan que se trata de un estado más allá del coma donde se asocia "un cerebro muerto a un cuerpo vivo". Con este avance entra en crisis la antigua concepción de muerte, basada en el cese de los latidos cardíacos.

La evolución del concepto de muerte en el proceso descrito se topa, el 3 de diciembre de 1967 con un nuevo evento que marca una inflexión decisiva. En Ciudad del Cabo (Sudáfrica), Denise Anne Darvall, sufre un traumatismo craneo encefálico grave como consecuencia de un accidente de tráfico, que llega a provocar estallamiento del mismo. Horas después fue trasladada con urgencia al Hospital Groote Shuur donde el eminente cirujano cardíaco Christian Barnard, extrae su corazón latiente para

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

trasplantárselo a Louis Washkansky, un tendero de 52 años, que está a punto de fallecer debido a una insuficiencia cardiaca. (Rodríguez del Pozo, 1993)

A partir de entonces, en las décadas de los 70-80 del siglo pasado, se realizan en los Estados Unidos de Norteamérica, así como en diferentes países europeos, varios estudios en los que se analiza la validez de los Criterios de Harvard (Hodelin Tablada 2009.). Entre ellos destacan el efectuado por los neurocirujanos Mohandas y Chou (en 1971) el de Jennet *et al* en 1973 y en 1981 el de la Comisión del Presidente para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y Conductual. Dichas investigaciones permiten establecer algunas modificaciones en los citados criterios para decretar el fallecimiento establecido por el Comité de Harvard, marcando así nuevas pautas para constatar la muerte con repercusión internacional. Entre estas modificaciones se hallan observaciones relativas al proceso de constatar la muerte de una persona, como que la midriasis no es obligatoria, los reflejos espinales pueden estar presentes, pueden existir otras respuestas motoras de origen espinal, y que el periodo de observación puede reducirse a menos de 24 horas.

En concordancia con lo anterior, hoy se acepta la muerte encefálica como el cese irreversible de las funciones de todo el encéfalo (Hodelin Tablada 2012)

Morir	Parada cardíaca
Un proceso	Un suceso
Natural y esperado	Emergencia médica
Los criterios diagnósticos incluyen la falta de pulso y respiración	Los criterios diagnósticos son la falta de pulso y respiración
Precedido por declive progresivo	Acontecimiento súbito
Deterioro progresivo a pesar de máximo tratamiento médico apropiado	Sobre una estabilidad relativa
Causa subyacente irreversible	Se dispone de posterior tratamiento médico
La RCP no tiene una probabilidad realista de éxito	Es posible mejorar la causa subyacente
	La RCP tiene una probabilidad realista de éxito

Ilustración 1/Tabla 1

1.- INTRODUCCIÓN

Tabla 1

Tabla 1. Diferencia entre el proceso de morir y la parada cardiaca

1.1.3. Enfermería y diversidad cultural

Como buena parte de la sociedad, los enfermeros tenemos una actitud diferente hacia las personas procedentes de otras culturas, marcada en su mayoría por prejuicios y estereotipos generados principalmente por desconocimiento, lo que puede influir en el quehacer profesional.

El trabajo de enfermería se basa en la relación con otras personas, entablándose la comunicación en base al conocimiento cultural que se tenga, en ocasiones pre construido; cuando este es negativo, genera desconfianza que repercute en la calidad asistencial.

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) recoge entre las competencias que deben dominar los enfermeros la *capacidad para trabajar de manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos y grupos no se vean comprometidos*. Sin embargo, el estudio de la diversidad y las relaciones interculturales solamente se imparte en la mayoría de las Escuelas de Enfermería como asignaturas optativas.

El aumento de personas procedentes de otros países con una cultura diferente que necesitan atención sanitaria ha puesto de manifiesto la inadecuada atención de los servicios de salud ante esa demanda, así como la escasa o nula preparación de los enfermeros ante esos cambios demográficos, sociales y culturales de la población.

Es evidente que los colectivos de personas inmigrantes pobres y sus culturas aparecen desprestigiadas y consideradas inferiores para una parte de la población, además, las desigualdades sociales incrementan el rechazo. El reto de la sociedad

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

actual es definir como se deben relacionar los grupos entre sí y evitar que haya grupos que caigan en exclusión social.

Los enfermeros mantenemos relación con personas procedentes de contextos culturales muy diversos, lo que hace que la relación no sea siempre fácil ya que hay que superar las barreras idiomáticas y sobre todo la diferencia cultural y su implicación en el proceso de cuidados.

Para que los enfermeros podamos proporcionar una asistencia sanitaria adecuada a una cultura y/o etnia distinta de la nuestra, es necesario que se produzca una comunicación intercultural eficaz. El perfil demográfico cambia continua y rápidamente y la necesidad de esa comprensión intercultural está aumentando enormemente Dado que los enfermeros nos relacionamos con las personas de forma directa y personal, debemos saber cómo hacerlo.

La salud y los cuidados son universales pero la forma de llevar a cabo los mismos y de definir la salud se ven de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias y valores de los pacientes para así poder prestarles unos cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura (Leno 2006).

La competencia cultural depende de cada persona y de su capacidad para adquirir las habilidades interculturales necesarias tarea que cada una realiza a un ritmo diferente. Este proceso de aceptación de las diferencias interculturales existentes es fundamental para poder entender tanto las nociones de salud como los problemas sociales asociados a su diversidad. Es en la década de los 80 cuando la OMS empieza a reconocer la importancia de la dimensión cultural y se inician estudios sobre ello: la diversidad cultural en el proceso salud-enfermedad para atender sanitariamente a minorías étnicas con diferentes idiomas y culturas. (Marrero 2013).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

Con el cambio de siglo se alcanza cierto momento en el que se cree que se consolida la era de la diversidad; sin embargo, debido a problemas de índole diversa, se han producido nuevamente flujos migratorios importantes de unas partes del mundo a otras, llegando estos emigrantes a países con culturas, costumbres y religiones diferentes donde esperan ser acogidos, produciéndose importantes choques culturales.

1.1.4. El cuidado y la cultura: referentes teóricos en enfermería

Para poder comprender lo que significa un cambio en el entorno cultural es imprescindible definir el concepto de cultura. Según la R.A.E. proviene del latín *cultura* y en su tercera acepción la define como:

“Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial en una época, grupo social.”

Taylor, (citado por Bonill (2012) la define en 1871 como *“ese todo complejo que incluye conocimientos, creencia, arte, moral, ley, costumbre y otras aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad”*. A partir de esta primera definición surgieron otras con mayor amplitud de miras.

Madeleine Leininger introduce el término en la disciplina Enfermera cuando crea en la década de los cincuenta el campo de la Enfermería Transcultural, definiéndola en un principio como:

“Una disciplina de estudio y práctica centrada en la comparación de diferencias y similitudes de los cuidados, en una misma cultura y en culturas diferentes, con el fin de alcanzar y mantener de manera significativa y terapéutica sus prácticas en cuidados en salud basados en su cultura.”

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Los enfermeros debemos buscar el modelo de cuidados que consideremos más acorde para una sociedad que cada vez es más pluricultural. A ese modelo, se le debe añadir los conceptos de transculturalidad, de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados. Para ello debemos comprender y respetar tanto las creencias como los problemas de salud que los usuarios demanden al sistema de salud, con el cambio que eso conlleva.

Los cuidados culturales son imprescindibles para dar con la atención de enfermería necesaria a quien lo precise, ya que supone, en definitiva, proporcionar los cuidados en los límites culturales y tomar en consideración el contexto en el que vive el paciente.

Los conocimientos, base de la enfermería y de los cuidados en una sociedad multicultural, proporcionan un marco teórico y práctico que debe ampliarse a partir de las creencias relacionadas con la salud, cuestiones que son parte de las experiencias de las personas desde diferentes ámbitos culturales. Hay dos factores principales que contribuyen a esta necesidad de comprensión: uno es el cambio natural de la población contemporánea; el otro, las preguntas que surgen como consecuencia de las crecientes tasas de inmigración existentes.

El concepto de salud de Spector (citado por Marrero 2013) se compone de dos partes: el equilibrio de la persona que abarca lo físico, mental y espiritual; y el medio exterior, que incluye la naturaleza, familia, comunidad y metafísica.

También encontramos definiciones de cultura en el ámbito de la enfermería española, como la planteada por Siles: *“el conjunto de los conocimientos, pensamientos y sentimientos implicados en el proceso de satisfacción de las necesidades de un grupo humano”*

1.- INTRODUCCIÓN

Leininger considera los cuidados como *la esencia y acto diferenciador de la enfermería*, definiéndolo como:

“aquello que permite asistir, sostener, habilitar y facilitar las formas de ayudar a las personas, basadas en la cultura, de un modo compasivo, respetuoso y apropiado para mejorar su modo de vida o ayudarles a afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad.

[...]

El cuidado es una necesidad humana fundamental, cuidar es enfermería, es el corazón y el alma de la enfermería, cuidar es poder, cuidar es curativo y cuidar es el rasgo distintivo que hace que la enfermería sea lo que es o debería ser como profesión y disciplina “

Siles lo define como:

“El producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionadas con el proceso optimizados de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana “

1.1.5. Enfermería transcultural

La antropología y la enfermería son ciencias humanísticas que durante muchos años han sido independientes. Sin embargo, cada vez ha sido mayor la necesidad de unir los conocimientos de ambas pues se ha demostrado que se complementan en cuanto a epistemología, metodología y praxis.

En la “Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales”, Leininger tiene como objetivo principal el descubrir, documentar e interpretar los múltiples factores que influyen en el cuidado desde una perspectiva emic, (que tiene en cuenta las experiencias y conocimientos de las personas de otras culturas) y etic (que corresponden a los factores externos que derivan de los profesionales enfermeros como son sus prácticas y creencias personales). Muñiz (2014), para representar su teoría en

los años 70 diseña el Modelo del sol Naciente, que indica cómo se puede poner en práctica el conocimiento cultural para llevar a cabo unos cuidados culturales.

Según este modelo hay tres necesidades que orientan las decisiones y las acciones de los enfermeros: preservación y mantenimiento del cuidado cultural, acomodación y negociación y remodelación o reestructuración de los mismos.

De ahí la necesidad de establecer un dialogo en el que los enfermeros y las personas receptoras de cuidados determinemos conjuntamente las decisiones sobre los que son más apropiados (Bonill, 2012).

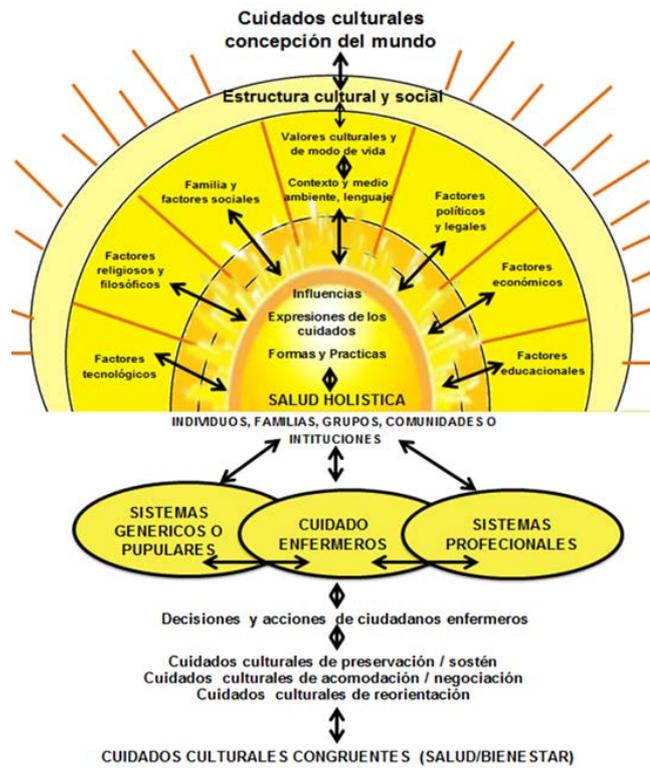


Ilustración 2 Cuidados culturales según Leininger

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

El Modelo de Purnell de Competencia Cultural, que se desarrolla en 1995 es pertinente para todos los profesionales en cuidados de la salud. Mantiene la postura de que todos los integrantes de los cuidados necesitan tener mucha información general sobre la cultura, refuerza la necesidad de desarrollar una teoría amplia y un marco teórico de un modelo centrado en la cultura.

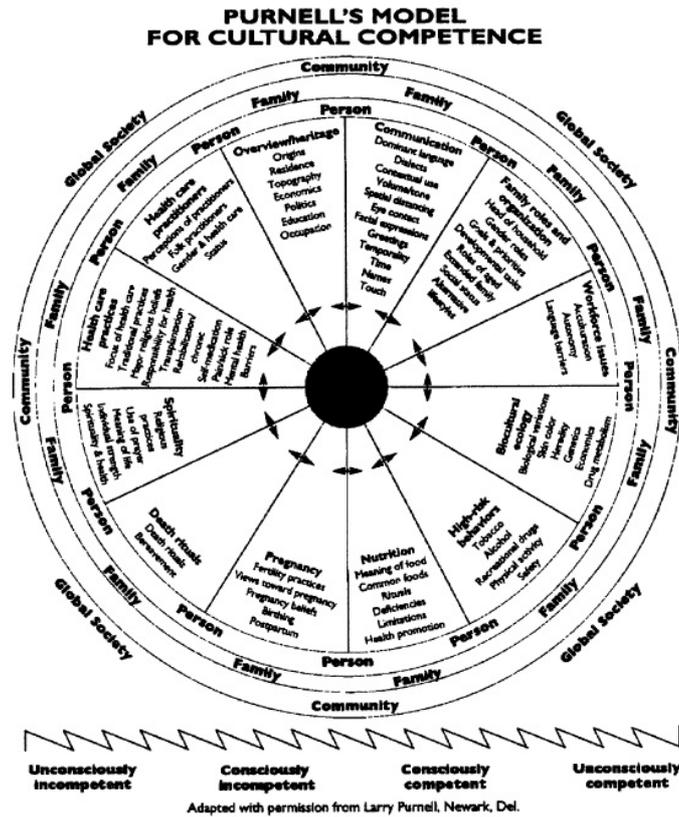


FIGURE 1. Purnell's Model of Cultural Competence.

Ilustración 3 Cuidados culturales según Purnell

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Camphina-Bacote ofrece una guía a la hora de prestar una atención eficiente y culturalmente competente en la práctica diaria. Consta de cinco fases que constituyen los elementos de la competencia cultural con el fin de desarrollar unos cuidados de calidad: conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidad cultural, deseo cultural y encuentro cultural.

Estas fases son interdependientes entre si y pueden ser experimentadas sin importar donde estemos realizando los cuidados. Del mismo modo, y con el fin de mejorar su alcance, se puede trabajar cada una de forma independiente.

Lipson, al igual de Campinha-Bacote considera que el cuidado culturalmente competente es complejo y no debe limitarse al conocimiento de la persona o grupo cultural al que se cuida, sino que también debe contemplar:

- Contexto →: cultura del sistema de salud y del sistema social debido principalmente a la influencia que ejercen en los enfermeros la persona, su familia y su comunidad.
- Componente objetivo →: características culturales y socioeconómicas de la persona
- Componente subjetivo →: los enfermeros deben evaluar sus valores culturales, prejuicios y formas de comunicación con el fin de mejorar los cuidados.

Nuestros orígenes culturales conforman la manera de comunicarnos. Debemos ser conscientes de cómo lo hacemos para modularlo cuando sea preciso. Es frecuente para un inmigrante considerar que los enfermeros no son sensibles o son incompetentes, simplemente por las diferentes formas de comunicación no verbal. Debido a ello, puede que no siga los consejos que se le den y evite una relación posterior, y lo más seguro es que los enfermeros no se hayan dado cuenta de que le han ofendido. (Lipson, 2000).

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.6. La muerte desde un enfoque cultural

Tal y como hemos esbozado, la muerte se ha vivido y estudiado de manera diferente a lo largo de la historia. De igual modo no existe tampoco uniformidad en cuanto a las costumbres, hábitos, emociones y sentimientos que genera la mismo alrededor del mundo.

Actualmente la dimensión espiritual ha ido cobrando fuerza en el ámbito de la Enfermería apoyada por Virginia Henderson quien ya la incluye en sus catorce necesidades. La espiritualidad, tal cual es concebida desde esta disciplina, va unida a la persona independientemente de que esta profese o no alguna religión. Es por ello que cobra especial importancia en el final de la vida, donde los enfermeros tenemos la obligación de ayudar al paciente a alcanzar una muerte digna.

En las últimas décadas, España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes de diversas culturas y religiones, por lo que los enfermeros debemos adquirir competencias culturales en los cuidados. Esta nueva realidad social conlleva problemas derivados del idioma, cultura, tradiciones, creencias y costumbres diferentes, evidenciándose, entre otras, la necesidad de ofrecer un apoyo coherente con las creencias en todos los aspectos; lo que incluye todo lo relacionado con la muerte. Para poder realizar unos cuidados de calidad adecuados a las diferentes etnias, los enfermeros debemos tener una formación multicultural específica.

La O.M.S. reconoce en la década de los 80 la cultura y la diversidad cultural como aspectos a tener en cuenta en los cuidados para la salud.

Cada vez son más los que se enfrentan en su día a día con pacientes de otras culturas, ante lo cual es común escuchar por su parte declaraciones como: “los sanitarios no tenemos una formación específica al respecto, salvo aquellos que se hayan formado por su cuenta, por lo que el cuidado que se hace depende un poco de cada uno” (Almendros 2015).

Si pretendemos tener una sociedad integrada, hay que conocer, entender y respetar la religión o creencia que puedan profesar los individuos que la componen.

Dependiendo de las Comunidades Autónomas (CCAA), podemos encontrar un mayor o menor número de inmigrantes de culturas y creencias diferentes a las nuestras. En 2011 según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España estaban inscritas 2790 entidades religiosas, siendo la protestante o evangélica, islámica, judía y la de los testigos de Jehová las más numerosas. Debido a ello el gobierno ha editado una “Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios”, en base a un acuerdo suscrito con las confesiones musulmanas, judías y la Iglesia Adventicia del 7º día, donde se recogen las particularidades inherentes a cada una de ellas en lo relacionado con aspectos como la alimentación y otros preceptos religiosos. Sin embargo, no queda reflejado con claridad los cuidados referentes a la muerte.

El patrón religioso es posiblemente el que puede ocasionar más conflictos asistenciales dentro del entorno hospitalario. Si ya es difícil de por sí, afrontar la muerte de un paciente en base a nuestras creencias, todavía lo es más en aquellos en los que desconocemos lo que significa para la persona y su entorno, a causa de su religión. Por ejemplo, en Ceuta, donde tienen gran presencia cuatro culturas de religiones diferentes, cada una posee una idiosincrasia tal que la información que puede aportar el paciente, tiene un valor fundamental a la hora de tomar decisiones.

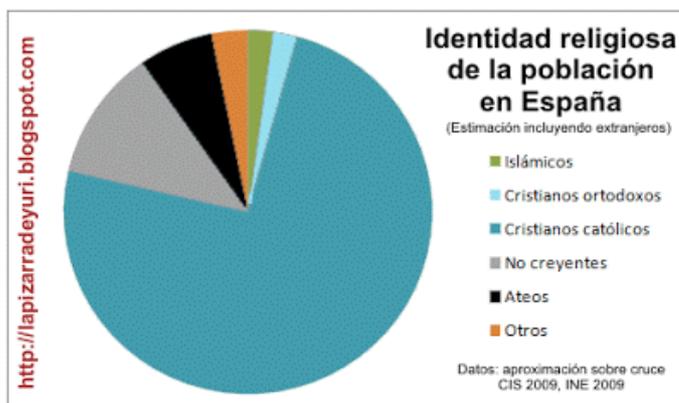


Ilustración 4 Identidad religiosa en España

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.7. La especificidad religiosa canaria

Las islas canarias, con su situación estratégica entre tres continentes, han sido desde hace siglos escenario de importantes flujos migratorios de los que se deriva una pluralidad religiosa originada. Se puede aplicar el término “diversidad religiosa” para certificar la existencia, en nuestro caso más o menos pacífica, de diferentes religiones en el territorio. En época de los Reyes Católicos se tiende a la uniformidad religiosa, cristianismo, siendo perseguidas las minorías religiosas. (Diez de Velasco 2005).

Por su parte, “multirreligiosidad” es un concepto que añade al termino anterior el carácter igualitario de esta coexistencia. Canarias se caracteriza por el hecho que la tradición dentro de la multirreligiosidad, como consecuencia de la total aniquilación de las religiones pre coloniales, es de cristiana católica. En los años 30 del pasado siglo tiene lugar en Canarias la aparición de las primeras iglesias evangélicas, debiendo ocultarse sus seguidores después de la guerra civil. Con la llegada de la democracia y al amparo del artículo 16 de la Constitución mediante la ley orgánica 7/1980 de 5 de julio, se estableció un nuevo marco en el que las entidades religiosas pueden desarrollar sus actividades con plena libertad, implantándose definitivamente en Canarias las iglesias evangélicas apareciendo también la Iglesia Cristiana Adventista y la Iglesia de los Santos de los Últimos Días.

Como vemos el cristianismo en Canarias está caracterizado por la variedad, tanto en su forma como en la constitución de sus iglesias, siendo los más numerosos los católicos seguidos por los testigos cristianos de Jehová.

En 2016 Lanzarote contaba, según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) con 39.496 extranjeros censados, de los cuales 3728 proceden de Marruecos, seguidos de colombianos, chinos e hindúes; siendo, por tanto, tras la cristiana, las religiones islámica e hinduista las que poseen mayor presencia en la isla.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.1.8. La religión y la muerte

La comprensión de la muerte varía según la época, la cultura, religión y la edad. La mayoría de culturas y religiones con anterioridad al desarrollo que la medicina experimenta a finales del siglo XIX, aceptan de una manera particular la muerte. Se considera parte del ciclo vital del ser humano, condición que va cambiando con los avances de la medicina. El optimismo científico que nace a partir de los avances tecnológicos y médicos da comienzo a una lucha científica por “vencer a la muerte”: el concepto de *muerte natural* se sustituye por el de *muerte intervenida* y surgen numerosos interrogantes relacionados con la toma de decisiones y actuaciones a realizar en pacientes ingresados y en fase terminal. (Betancourt (2015).

La limitación del esfuerzo terapéutico es definida como

“la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevan un beneficio significativo al paciente”

Freud (citado por Hernández Arellano,2006), afirma que “la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos”. Tal fuerza redundante en lo que ofrece a las personas, mencionando el autor que la religión cumple tres funciones principales:

- 1.- Satisface la curiosidad natural del hombre de saber, ya que le da información sobre el origen y génesis del Universo.
- 2.- Calma la angustia que siente ante las crueldades de la vida y el destino final e inevitable de la muerte. Le consuela en la desdicha y le promete un buen final.
- 3.- Difunde reglas y consejos de cómo comportarse en la vida, con el fin de obrar con justicia.

Siempre y especialmente en el momento de la muerte las personas son dignas de respeto, atención y compasión. Los pacientes tienen derecho a una muerte digna, no

1.- INTRODUCCIÓN

a una muerte deshumanizada. La importancia de la religión a este respecto reside en que, en el transcurso de la historia, muchas tradiciones han puesto de manifiesto la soberanía de Dios en cuanto a las decisiones sobre la vida y la muerte.

1.1.8.1. El final de la vida en el islamismo

Uno de los pilares del islam es la realización del Salah, orar 5 veces al día en dirección a la Meca. Para llevarla a cabo es necesario realizar el ritual pertinente, Wudu, que consiste en la limpieza previa de la boca, orejas, manos y pies. Por ello, los enfermeros no deberían extrañarse de que les sea solicitado por los pacientes en varias ocasiones el material que necesitan para estos rituales, ya que para los musulmanes es importante para la oración el estar limpios de restos de sangre, orina o de deposiciones. Así mismo durante la plegaria es importante respetar su intimidad y la de la familia, evitando la realización de procedimientos no urgentes. (Garzón, 2014).

Cuando el paciente no se encuentre en condiciones, puede realizar el Salah sentado, en la cama o bien mentalmente orientándose si es posible hacia la Meca, y pudiendo reducir en estos casos las plegarias a tres. Otro pilar religioso es el ayuno en el mes del Ramadán, del que están exentos los enfermos; pero es decisión suya realizar o no este ayuno. Si deciden llevarlo a cabo, se deberá cambiar la medicación que tuvieran por vía oral a otro medio de administración (ib).

En el periodo final de la vida el paciente y su familia realizan el Sakrat que consiste en beber Zamzam (agua sagrada obtenida de los pozos de la Meca el paciente la toma y la aplica en algunas partes del cuerpo) y recitar la Shahadah que corresponde a las últimas oraciones pronunciadas o escuchadas por el paciente como signo de fe. Cuando se prevé que la muerte es inminente, se debe colocar al enfermo en decúbito lateral derecho orientando la cama hacia la Meca. (Gatrad 2002).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

En el momento de la muerte se inicia el ritual del lavado, el cual es preferible que sea realizado por dos familiares cercanos, musulmanes y del mismo sexo. Los enfermeros deben llevar siempre guantes para tocar el cuerpo, realizándose durante el mismo maniobras para evitar las distorsiones corporales, se reza y finalmente se cubre el cuerpo con una tela blanca llamada kafan. La documentación debe prepararse lo antes posible pues prefieren que el entierro sea el mismo día. (Garzón, 2014).

1.1.8.2. El final de la vida en el judaísmo

Según la R.A.E el judaísmo es la profesión de la ley de Moisés. Se basa en la creencia de un único Dios cuyo nombre no se debe pronunciar. Abarca a sus seguidores, su cultura, su estilo de vida, sus tradiciones y costumbres y leyes. Las escrituras sagradas son el Torá y el Talmud. (Hierro Vázquez, 2013).

Para los practicantes judíos solo existe una vida, considerando la muerte como parte de esta y un aspecto ineludible del ser humano. No hay que temerla ni enfadarse cuando acaece, sino aceptarla, con independencia de las circunstancias en que ocurra.

Se venera el cuidado a los enfermos y el entierro de los difuntos, situándose entre los deberes más sagrados. Cuando el estado de salud del paciente empeora, se le ha de recordar que debe prepararse para mostrarse ante Dios, por lo que se le ayuda a recitar el *vidui*, confesión de los pecados y expresión de fe en la vida futura, que termina con el *shema Israel*.

Una vez acaecida la muerte, el cadáver debe ser lavado y envuelto en una sábana, guardando la familia una semana de luto riguroso.

En relación a su impacto en la enfermería, hay que destacar que la ley judía no permite la autopsia ni otros métodos invasivos. No obstante, también está instaurada la

1.- INTRODUCCIÓN

obligación de respetar las leyes del país donde residen, adaptándose las normas religiosas a las limitaciones establecidas por la jurisprudencia del país.

1.1.8.3. El final de la vida en el hinduismo

Aunque los pacientes hindúes prefieren morir en casa, pues esta circunstancia reviste para ellos un particular significado religioso, en ocasiones lo hacen en los hospitales por lo que los enfermeros deben tener en cuenta sus creencias, costumbres y rituales.

Su dogma central es la transfiguración de las almas, o el paso sucesivo de las mismas a través de la reencarnación. Para los hinduistas, la higiene y el pudor son aspectos relevantes, así como el respeto hacia los practicantes de la medicina tradicional hindú, llamados ayurvedas, de quienes se espera sean hábiles, incorruptos y en especial guardar la confidencialidad. Los hinduistas esperan que los médicos occidentales y el equipo asistencial multidisciplinar observen o respeten los mismos patrones de los ayurvedas. (Escamilla, 2007).

Cuando los pacientes están en fase terminal, un familiar les lee parte de algún libro Sagrado. En ocasiones requieren la presencia de un sacerdote, que ayudará tanto al moribundo como a sus familiares a aceptar la muerte como algo inevitable y realizará ciertos rituales como: atar un cordón sagrado alrededor del cuello o la muñeca, poner unas gotas de agua del río Ganges en la boca del paciente o poner una hoja sagrada de tulasi en su boca.

Es frecuente que el paciente desee acostarse en el suelo para estar más cerca de la tierra en el momento del tránsito, lo cual representa para ellos una ayuda para la siguiente reencarnación. Después del deceso los familiares lavan el cuerpo y lo visten con ropas nuevas y el hijo mayor asume el papel de dirigente. La familia puede solicitar encender una lamparita o quemar incienso cerca del cuerpo y de ser posible, las joyas,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

cordones sagrados y objetos religiosos deben dejarse puestos, así como colocar el cuerpo en una posición determinada. El personal sanitario deberá aconsejar a los familiares, en caso de ser necesario retirar esos objetos.

Los devotos vaishnavas (Hare Krishna), pueden llevar cuentas sagradas de tulasi (collar de pequeñas cuentas de rosario) en torno al cuello. Es importante para ellos que todo esté en el cuerpo en el momento de la muerte. Si fuera necesario quitarle el collar, deberá atarse alrededor de la muñeca (preferiblemente la derecha).

Como hemos mencionado anteriormente, los pacientes podrían desear leer o recitar cantos y oraciones religiosas, aunque en ocasiones prefieren escucharlas de un CD.

A la espera de obtener un reconocimiento oficial del Estado, existen servicios sacerdotales hindúes disponibles en templos o comunidades hindúes en muchas ciudades españolas.

Generalmente los hindúes someten los cuerpos a cremación lo antes posible después de la muerte (Ramchandani, 2011).

1.1.8.4. El final de la vida en los testigos de Jehová

Las diferentes ramas del cristianismo tienen muchas cosas en común, siendo pocas las diferencias con las que los enfermeros nos vamos a encontrar en referencia a la muerte.

Los testigos de Jehová afrontan la muerte desde una perspectiva más serena, creen en la resurrección futura. La muerte es lo contrario de la vida, de modo que los muertos no ven, ni oyen ni piensan. Ni una sola parte de nosotros sigue viviendo cuando muere el cuerpo. No poseemos un alma o espíritu inmortal.

“Cuando una llama se apaga, no se va a ningún lugar; deja de existir. De la misma manera, cuando una persona muere, no va a otro lugar, sencillamente deja de existir.”

1.- INTRODUCCIÓN

No hay un ritual funerario como tal. Cuando muere una persona se realiza un breve discurso sobre la esperanza de vida que da la Biblia para entrar en un mundo mejor. Se habla de la persona, de sus convicciones y de aspectos positivos suyos. Se hace el velatorio en un sitio sobrio, sin símbolos religiosos. Por lo general optan por la cremación y lo importante es que los familiares se sientan muy apoyados por la comunidad (Lantigua 2016).

1.1.8.5. El final de la vida en las Iglesias Evangélicas

Los cristianos evangélicos creen en la resurrección, no en la reencarnación ni en la disolución: en pasar a la eternidad ante la presencia de Jesucristo. Hay un elemento de tristeza, de dolor por la separación, pero está rodeado de esperanza y trascendencia. Se vela el cuerpo en el tanatorio, acompañado de los líderes religiosos y los miembros de la comunidad. Antes del entierro hay un servicio religioso con cánticos y lecturas de la Biblia. Impera un tono sobrio y prima la sencillez. Lo importante es el sentir personal, no lo superfluo; no hay velas, ni crucifijos ni flores (Buch citado por Lantigua, 2016).

1.1.8.6. El final de la vida en el cristianismo católico

Los católicos creen en la resurrección de los muertos y la vida eterna, en que en la muerte se separa el alma del cuerpo y esta va al encuentro con Dios. En el catolicismo si la persona está entre la vida y la muerte, la familia puede pedirnos que avisemos a un sacerdote para que realice la unción al enfermo y la encomendación del alma. Durante su estancia en el hospital, podemos ver que en ocasiones tienen en la mesilla imágenes de vírgenes y/o santos de su devoción, así como rosarios y crucifijos.

Entre el fallecimiento y el entierro se celebra el velatorio, el cual tiene un componente psicológico. Se trata de reconocer que la persona ha muerto, que no es un

sueño y que el familiar o allegado no está solo en su dolor. En el entierro posterior, se hace una eucaristía. Nos es fácil dar las gracias en el final de la vida, pero hay que hacerlo. También a los seis meses o al año se hace una misa de recuerdo.

No hay ningún ritual especial a la hora de vestir el cuerpo. Se puede enterrar el cuerpo o incinerarlo. El ataúd se suele adornar con flores.

A lo que si invita la Iglesia Católica es a que seamos solidarios más allá de la muerte mediante la donación de órganos y tejidos. (Martínez citado por Lantigua 2016).

1.1.8.7. El final de la vida en aconfesionales

Hay personas manifiestan no pertenecer a ninguna religión, lo que no significa que no tengan creencias religiosas, sino que no tienen afiliación con ninguna institución. No obstante, puede que quieran compartir sus sentimientos, dudas y temores. Pueden creer que al morir la vida acaba por completo. Hay que diferenciar entre las necesidades espirituales y las religiosas, existiendo la posibilidad de que en los momentos finales empiecen a creer en Dios, por lo que hay que facilitarle el apoyo que solicite.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

1.2. TANATOLOGIA

1.2.1. Origen

La palabra Tanatos, procede del griego *THANATOS*, nombre con que se denominaba a la Diosa de la muerte en la mitología griega. Es hija de la noche, conocida como Eufrone o Eubolia, cuyo nombre significa “madre del buen consejo”. La noche tuvo a su hija sin la participación de un varón, por lo cual era considerada diosa; la diosa de la muerte también aparece como un genio alado. La muerte es hermana del sueño, Hipnos o Somnus, hijo de la noche y de su padre Erebo o el infierno, quien además de esposo era hermano de la noche, siendo tanto él como ella hijos del Caos. De ahí que la Muerte o Thanatos sea sobrina de Erebo o el infierno y nieta del Caos. Logos, deriva del griego LOGOS cuyo significado se asocia en español a términos como palabra, estudio, tratado, discurso, sentido. La gran mayoría de los filósofos griegos aceptan la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio o tratado, se debe a sesgos interpretativos en el transcurso del tiempo.

Tanatos es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son segados en masa como las flores y las hierbas efímeras; el ánfora sirve para guardar las cenizas; y la mariposa que vuela significa esperanza en otra vida. Se la ubica geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Helade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

Es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dádivas, nunca cura a nadie.

Etimológicamente se entiende la tanatología, según el diccionario de religiones como: *“ciencia que se encarga de encontrar sentido en el proceso de la muerte”*.

El término *ciencia de la muerte* fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchikoff. Ya en 1908 la tanatología es considerada una rama de la medicina forense

que trata de la muerte y todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal. La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, considerada la fundadora de esta nueva ciencia, atiende los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como *una instancia de atención a los moribundos*. Con su labor, la Dra. Kübler-Ross quiere hacer sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad.

La nueva Tanatología tienen como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente los potenciales del ser humano, especialmente los de los jóvenes, para poder enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos de la *cultura de la muerte*, mediante una existencia cargada de optimismo, sentido y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

“La muerte es solo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia y el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia” (Kübler-Ross 2005).

1.2.2. Antecedentes históricos

Es importante situarnos en la historia para comprender el origen de la Tanatología. Desde la época medieval, las órdenes religiosas eran las que proporcionaban atención y consuelo a los enfermos graves en sus monasterios. Posteriormente se formaron los primeros Hospicios donde se aceptaba y cuidaba a los enfermos graves. En el siglo XIX se crean en Francia los primeros albergues para enfermos de cáncer; poco después, también en Inglaterra y Estados Unidos.

- EPOCA MEDIEVAL- las órdenes religiosas tratan a los enfermos graves.
- SIGLO XVI- Se crean los primeros Hospicios
- SIGLO XIX- 1842 Jeannie Garnier crea los primeros albergues en Francia para enfermos de cáncer.

1.- INTRODUCCIÓN

- SIGLO XX- Se crean los primeros Hospices en Inglaterra:
 - 1948 Saint Thomas Hospital, Saint Joseph Hospice por Cicely Saunders
 - 1967 Saint Christophe Hospice
- 1974 Se crea el primer Hospice en Estados Unidos.

Para comprender esta necesidad de institucionalización, ha de observarse la tendencia demográfica. A medida que las familias se hicieron más pequeñas y más dispersas, hubo cada vez menos personas que cuidaran enfermos y moribundos; al mismo tiempo, el acceso al cuidado hospitalario se hizo más fácil y aceptable. Con la creciente aceptación del cuidado hospitalario para las enfermedades surge la institucionalización del nacimiento y la muerte. Morir en el hospital en vez de en el domicilio se convierte en norma.

A partir de finales del siglo XX con el desarrollo de una alta tecnología médica, aumenta la dificultad de conciliar el diagnóstico y la curación. Curar es el objetivo más importante de la medicina, por lo tanto, la muerte es considerada como un fracaso, por ello se dificulta el cuidado de los enfermos terminales en un hospital dedicado a curar y sanar.

Se modifican las expectativas en cuanto a la salud, y con este cambio disminuye el número de muertes y de experiencias en torno a ella. A su vez, la muerte pasa a ser un suceso cada vez menos aceptado. Este panorama compartido por el enfermo y su familia, con frecuencia reforzado por médicos y enfermeros, nos lleva ante el hecho de que un paciente terminal y su familia sean evitados dentro del ambiente hospitalario.

A este respecto, aun hoy en día las necesidades emocionales del paciente y de quienes lo cuidan han sido con frecuencia ignoradas, y, por lo tanto, insatisfechas. Teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad, ha sido aceptado la ocultación de la gravedad

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

de los pacientes (a los mismos y su entorno), abandonándose desde el punto de vista emocional. Esta ocultación parte de la creencia en que, si el enfermo es consciente de esta gravedad, pierde la esperanza lo que aceleraría su muerte. En general las necesidades físicas del enfermo son descuidadas, así como también lo son sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas. Solo en ocasiones se consideran los aspectos espirituales.

Ante tantas carencias y para compensar los déficits notados en el cuidado de estos enfermos surgió el movimiento de los "Hospicios modernos". A este respecto el desarrollo de la psicología, con sus cuatro grandes escuelas (psicoanálisis, conductismo, existencialismo y transpersonalismo) ha contribuido al desarrollo paralelo de la tanatología, que ha ido incorporando muchos de los conocimientos de esta disciplina.

En este contexto, la Dra. Kübler-Ross comienza su trabajo en Tanatología haciendo una investigación respecto a la muerte con un equipo de trabajo compuesto inicialmente por cuatro seminaristas. Quiere acercarse a los pacientes terminales sin leer nada previamente sobre ello, sino observando y aprendiendo de ellos directamente. Habla con el paciente y los seminaristas se colocan alrededor de la cama observándola, mientras toman notas. Su investigación se fundamenta en tratar de no tener ideas preconcebidas, estar en una actitud de mente abierta, llegar a una toma de conciencia personal, sensibilizarse a las necesidades de los enfermos terminales y sus familiares o personas que los rodearan y realzar la percepción para aprender.

Este trabajo con los seminaristas, se convierte con el tiempo en seminarios interdisciplinarios sobre la muerte y los moribundos, en los que trabaja con el personal de un hospital de Chicago: capellanes, enfermeras, voluntarios y médicos, los mismos que tienen trato con los enfermos. Su experiencia práctica le lleva a descubrir, con las observaciones y discusiones posteriores, resultados importantes. Los estudiantes tomaban conciencia de considerar la muerte como una posibilidad real, no solo para

1.- INTRODUCCIÓN

otros, sino también para ellos mismos. En el lento y doloroso proceso de sensibilización hubo todo tipo de respuestas. Es la manera en que pueden desensibilizarse, lo cual es un proceso lento y doloroso, como abandonar el lugar o manifestar rabia contra otros participantes. Surgieron conflictos durante las discusiones a raíz de casos de identificación personal con los enfermos. A medida que los integrantes del grupo se conocen más, los temas de discusión fueron ampliándose, convirtiéndose las sesiones en una terapia de grupo, en las que se lograba tomar conciencia, confrontar y apoyar.

Apoyándose en diferentes estudios científicos, la doctora describe cinco etapas por las que pasan los pacientes terminales, muchos de ellos en su fase de agonía y previo a la muerte:

- Negación y aislamiento: donde el paciente reacciona así a modo de defensa ante la realidad, buscando otras opciones o evidencias que demuestren que el diagnóstico recibido es erróneo, o solicitando un cambio de médico. Se resisten a la idea de estar muriendo.
- Ira o enojo: se rebela contra la realidad. Se pregunta ¿Por qué yo? Todo le molesta, todo le incomoda, nada le parece bien. Recordar su estado le enoja.
- Pacto o negociación: asume su condición, aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo, dejar de hacer algo para prolongar la vida.
- Depresión: aparece cuando se adquiere la conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad sigue su curso hacia el final, apareciendo la dependencia de ciertas actividades. El volverse una carga para los demás facilita la aparición de esta etapa
- Aceptación: admiten que la muerte es inevitable. Hacen las paces con ellos mismos y aceptan la muerte sin amargura.

No todas las personas experimentan cada etapa del mismo modo. Existen diferencias en la forma de reaccionar ante la muerte.

Actualmente la nueva tanatología empieza a cobrar la importancia que debe tener en cuanto enseñar a morir. La tanatología pedagógica es quizás la que hoy en su día tiene mayor relevancia, porque la sociedad aún prefiere ignorar a la muerte en vez de empezar a respetarla y dignificarla. Si la misma fuera materia de estudio en las escuelas y universidades se subsanaría la escasez de información que tienen los estudiantes tanto de las facultades de medicina como de enfermería en relación a las habilidades que deben desarrollar para relacionarse con el enfermo en fase terminal y por las diferentes etapas que va a atravesando el paciente moribundo y la gente que le rodea. (Behar 2003).

Como dice Kübler-Ross

“Todas las teorías y la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro.

El mejor servicio que un médico puede prestar a un enfermo es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible.”

1.2.3. El papel de los enfermeros en la tanatología

Vivimos en una sociedad que niega la muerte en la que evitamos el reflexionar sobre ella, a pesar de que somos conscientes de que ocurrirá y que no podemos hacer nada para evitarlo. La muerte no es un hecho, es un proceso que se inicia desde el mismo momento del nacimiento. Es un misterio, llena de incógnitas, temores y es inherente a la vida misma.

Los enfermeros, como personas y profesionales dedicados al cuidado de los enfermos, debemos incluirla en nuestra ciencia, pensar en ella y asumirla, ampliando nuestro horizonte vital. En 1858, Florence Nightingale escribe que nuestro objetivo fundamental como enfermeros es “situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”. Nuestra profesión es una ciencia, pero también es un arte,

1.- INTRODUCCIÓN

hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar.

(Maqueo Velasco, 2001)

Los enfermeros debemos ofrecer calidad y calidez a nuestros pacientes, permitiéndoles satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como seres humanos.

En 1966 Virginia Henderson postula:

“Ayudar al individuo sano o enfermo en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apreciable y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia cuanto antes “

La Enfermería no sólo debe basarse en un conocimiento teórico, sino que debe integrar su experiencia a través del contacto con los pacientes; es necesario madurar, crear y ser cada día más sensibles para estar atenta ante cualquier situación. Como enfermeros, ante la muerte, debemos establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad: lo que nos exige ser, en primera instancia, personas, y en segundo lugar, enfermeros.

Durante nuestro quehacer, vivimos la necesidad de tener objetivos y planear actividades, y para ello es imprescindible conocer la percepción que el paciente tiene de su situación. con el fin de poder lograr una buena relación enfermero-paciente. Esta depende, en gran medida, del concepto que tengamos de nosotros mismos como enfermeros, de nuestras actitudes ante la vida, la salud y la muerte, y de nuestra capacidad de empatía.

Lo primero que tenemos que hacer es aceptarnos y conocernos a nosotros mismos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

En 1964 Windeenbach, (citado por Maqueo 2008), expuso “mientras no se logre el conocimiento de sí misma es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente”. Pero esta influencia terapéutica no solo alcanza al paciente, sino que se hace extensiva a la familia, a los amigos y al equipo de salud.

Cada persona es un ser único con sus propias características y necesidades, las cuales debemos de conocer con el fin de poderles prestar unos cuidados eficientes y conseguir que tengan una cierta calidad de vida durante su enfermedad.

Los profesionales que actuamos en el entorno sanitario, también sufrimos estrés ante estas situaciones y manifestamos inquietudes relacionadas tanto con el ingreso hospitalario como del proceso de muerte vivido por el paciente, ya que somos los responsables de realizar los cuidados, desde que ingresa hasta su alta hospitalaria o su fallecimiento.

Sebastiani, (1998) señala que el equilibrio emocional de los profesionales es fundamental en la atención del paciente, ya que son ellos, los que tienen que “trasladar”, aunque sea por breves momentos, tal equilibrio al enfermo y a su familia, para ayudarles a afrontar el momento presente, que es de desesperanza, desorganización o muerte.

Morrison, (2004) confirma que, frente a la muerte, el individuo atraviesa diferentes etapas psicológicas, denominadas en su conjunto *proceso de muerte*, y que permiten afrontar las intensas reacciones emocionales que conlleva el fallecimiento.

La psicología, es la ciencia responsable de estudiar las facetas de la conducta humana, sus procesos psicológicos y sus aplicaciones, por lo que es competencia del psicólogo tal y como manifiesta Chiattonne (2002), trabajar las alteraciones de estabilidad psicológica frente al proceso de la muerte. Son los ya tratados estudios de Kübler-Ross, los que han facilitado, desde 1972, la comprensión de las reacciones psicológicas ante

1.- INTRODUCCIÓN

el proceso de la muerte, considerándolo a partir de las cinco fases, descritas anteriormente.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.3. EL DUELO

El duelo, (del latín tardío *dolus*, dolor), según el diccionario de la R.A.E. en su segunda acepción, consiste en las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que tenemos por la muerte de alguien. Para otros autores, el duelo puede ser experimentado ante cualquier pérdida y no solo la de un ser querido. Es algo personal y único y cada individuo lo experimenta de una forma diferente y, sin embargo, produce reacciones comunes en el ser humano.

El duelo es un proceso natural, no un estado, en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación del mismo.

Galindo, (citado por Carmona,2008) define el duelo como una reacción psicósomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o alguien importante. Sin embargo, Worden, (2004) considera que el duelo representa una alteración del estado de salud, y que, de la misma forma de haber una curación a nivel fisiológico para que el organismo recupere su equilibrio homeostático, es necesario un periodo de tiempo para que la persona en proceso de duelo recupere también su equilibrio.

Las sociedades actuales, cada vez más diversas y complejas, erigen en ocasiones barreras que obligan a los dolientes a recluirse en un mundo interior, impidiéndoles hablar, dirigiéndolos a situaciones carentes de apoyo efectivo y dificultando el que puedan encontrar sentido a la muerte. (García-Hernández (2008)., Martín-Rodríguez. (2007).

En el proceso de duelo se han establecido varias fases, como hemos reiterado; pero no todos los autores consultados están de acuerdo en las mismas. Así mientras Kübler-Ross se decanta por cinco fases, Grollman, (1986) Bourgeois y Verdoux, (1994) lo hacen por tres fases o etapas, mientras que Fernández y Rodríguez (citados por Ortego (2001)) lo hacen por cuatro.

1.- INTRODUCCIÓN

Independientemente de las etapas que se consideren, todos ellos coinciden en unos puntos comunes, como puede ser un primer momento de aturdimiento, incredulidad, negación o shock, en el que la persona puede dudar de la realidad, para posteriormente aceptar la pérdida. Otra característica común en todos los autores consultados, (entre otros (Kübler-Ross, Grollman, Bourgeois y Verdoux, Fernández y Rodríguez), es que no necesariamente todas las personas tienen que pasar por todas las etapas ni hacerlo en un determinado orden.

Las manifestaciones frecuentes de duelo según Fernández y Rodríguez, (2002) son las siguientes:

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.

Sensaciones físicas: molestias gástricas, dificultades para tragar, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño.

Cognitivas: incredulidad, confusión, pérdida de memoria, atención y concentración, pensamientos obsesivos.

Alteraciones perceptivas: ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, fenómenos de presencia.

Conductas: hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, abandono de las relaciones sociales, conducta de búsqueda o llamada del fallecido, inquietud, llanto.

Independientemente de las fases, también se habla de la tipología del duelo. El proceso en si no es una enfermedad, pero puede llegar a serlo si su elaboración no es correcta. Aunque no hay una tipología comúnmente aceptada por todos, podemos considerar la existencia de:

- Duelo bloqueado →: negación de la realidad de la pérdida, donde se evita el trabajo del duelo y un bloqueo emocional – cognitivo, que se manifiesta a través de conductas y percepciones ilusorias.
- Duelo complicado →: aparecen síntomas o conductas de riesgo mantenidas en el tiempo.
- Duelo patológico →: la persistencia o intensidad de los síntomas lleva incluso a afectar a la vida laboral de la persona.

Así, podemos encontrar diferentes reacciones, como, por ejemplo:

- Reacciones físicas →: cambio en el apetito, sueño, opresión, llanto, nerviosismo, problemas de relajación.
- Pensamientos frecuentes →: recuerdos felices, arrepentimiento, etc.
- Emociones fuertes →: tristeza, enojo, sentimiento de culpa, desesperación.
- Reacciones de tipo espiritual →: encontrar fuerza en la fe, cuestionar creencias religiosas.

1.3.1. Enfermería y duelo

Como ya hemos comentado, la muerte es la compañera inevitable de la vida, y es su etapa final. Puede ocurrir a cualquier edad, de forma repentina o tras una enfermedad más o menos larga. A pesar de que sabemos desde el nacimiento que algún día hemos de fallecer, no por ello es un hecho aceptado. Es una circunstancia que afecta a nuestro yo, que pone en tela de juicio nuestras creencias y afecta de una forma importante las relaciones familiares y sociales básicas.

Si bien es cierto que la muerte es una realidad que cuesta asimilar, hoy en día lo es más, pues en esta época de materialismo globalizado se fomenta la ilusión de que vamos a vivir eternamente, negándose la realidad de la muerte. En otros contextos históricos nuestros antepasados vivieron una realidad en la que la muerte, tanto de las

1.- INTRODUCCIÓN

personas como de los animales, se consideraba algo natural y cotidiano. Se muere en casa, rodeado de todo aquello que se considera importante, y los niños aprenden de los adultos los patrones de conducta ante esas situaciones de duelo. Sin embargo, en la actualidad se tiende a morir en los hospitales, rodeados de extraños, a los que posiblemente afecte la muerte de una manera diferente. Los enfermeros somos los profesionales de la salud que más tiempo permanecemos al lado del paciente y deberíamos estar preparados para asumir y afrontar esa pérdida.

Abordar el tema de la muerte en nuestra sociedad es complicado. A diferencia de otras experiencias de la vida, la muerte nos enseña lo indefensos que estamos frente a ella. Además, con los recursos existentes actualmente, destinados al mantenimiento y prolongación de la vida en los hospitales, encontramos una muerte monitorizada, controlada, silenciosa y escondida, como se detecta especialmente, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En estas, la muerte suele suceder en un ambiente frío, la persona generalmente está sola, alejada de sus familiares, su cuerpo cubierto de tubos, en ocasiones con un soporte respiratorio proporcionado por un ventilador mecánico y alejada del entorno mediante la sedación, no pudiendo participar en las decisiones sobre su devenir.

En las instituciones sanitarias, la muerte es una constante y los enfermeros vivenciamos continuamente la experiencia del fallecimiento, y el sufrimiento tanto de los pacientes a nuestro cargo y familiares como de compañeros. La muerte en sí asusta, se teme e incómoda hablar de ella, pero no por ello deja de provocar sentimientos en todas aquellas personas a las que afecta de una u otra forma.

Desde hace unos años, se está teniendo más en cuenta el sentir de los profesionales sanitarios, existiendo un interés por conocer su testimonio en relación a vivencias de muerte en algún momento de su desarrollo profesional y como les afectan estas situaciones. Sin embargo, los estudios encontrados se centran principalmente en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

las unidades de críticos y paliativos, quizás porque se considere que en estas unidades sea más frecuente el contacto con la muerte.

Pionera en el abordaje con pacientes en el proceso de morir, Kübler-Ross defiende la idea de que todo el mundo debe tener una buena muerte, lo que significa no sufrir y poder elegir el lugar donde se quiere morir. Morir con dignidad significa un permiso para hacerlo con su carácter, su personalidad, su estilo. Así, el profesional destinado a cuidar personas en el final de su vida, debe estar preparado para enfrentarse a situaciones de sufrimiento ya que la muerte refleja un límite respecto a la capacidad del profesional (Carvalho, 2005).

1.3.2. Sentimientos y actitudes manifestados por los enfermeros

La muerte forma parte del discurso normal de la vida, pero los enfermeros generalmente no tenemos una preparación emocional para enfrentarnos a ella ni lidiar con nuestros propios sentimientos, apreciando dificultades para atender a las personas que caminan hacia ella; algunos de manera brusca, otros lenta e inexorablemente.

El cuidado ofrecido por los enfermeros a las personas en proceso de muerte no nos deja indiferentes a los propios profesionales genera en ocasiones, un sentimiento de angustia, de fracaso en la realización del trabajo encomendado, pues aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo principal de las profesiones sanitarias: conservar la salud y la vida. En el vigente paradigma biomédico, la persona que entra en un proceso terminal es tratada para prolongar por todos los medios su vida, y no para que viva con calidad en el tiempo que le queda, ocultándosele, generalmente la realidad y negándole la oportunidad de ser el mismo hasta el final. (Miguez y Muñoz 2009).

Hay que asumir que la persona tiene derecho a una muerte digna, a participar y a tomar decisiones sobre la misma, a poder resolver los asuntos personales, a

1.- INTRODUCCIÓN

comunicarse con su familia, amigos y a no padecer dolor, debiéndose respetar las decisiones que tome.

La presencia de la muerte remueve las actitudes de los enfermeros ante ella, influyendo, positiva o negativamente, en el proceso terminal del paciente y en sus familiares. Por eso, nuestras actitudes como enfermeros, deben ser lo más positivas posibles y así contribuir a un mejor cuidado de las personas.

Dado que la muerte es la última etapa de la vida, todos deberíamos tener un conocimiento más o menos amplio sobre ella. Pero ese conocimiento es indispensable en todos los profesionales sanitarios, pues junto con el dolor y la enfermedad, es la constante que va a estar presente en el desarrollo profesional. El conocimiento sobre la muerte no se puede aprender como una asignatura más: se aprende con las relaciones personales, con la comunicación, son estas las que nos permiten conocer nuestras limitaciones y la forma de enfrentarnos a ellas en base a nuestras emociones.

Los sentimientos manifestados por los enfermeros por el fallecimiento de la persona a su cargo en el hospital, son básicamente los ya citados con anterioridad, destacando sobre todo tristeza, impotencia, sufrimiento, ira o miedo.

Sobre las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y el morir, diversos estudios reflejan resultados diferentes. Algunos revelan que la ansiedad ante la muerte no varía entre personal sanitario y no sanitario, y que por tanto esta no depende de la categoría profesional sino de las actitudes y creencias que nos han sido inculcadas desde nuestro entorno cultural de referencia a través de la familia, escuela. (Hernández, *et al.* 2002).

Las creencias religiosas en los enfermeros también influyen, de manera que quienes manifiestan menos ansiedad ante la muerte son tanto los no creyentes como los creyentes practicantes. La religión, como realidad psicosocial, cumple una función para el individuo y la sociedad: darle a la persona aquello que le es imposible recibir de

cualquier otra fuente. También la auxilia, dotándola de fuerza y satisfacción, le ayuda a soportar sin quejas los infortunios de la vida, le ofrece soluciones y le brinda la esperanza de una vida futura mejor, presentando un plan eficaz de salvación. (Raja Hernández, 2001)

Como señala el profesor Neymeyer (1997) las actitudes hacia la muerte han ido experimentando una apertura paulatina a lo largo de las últimas décadas, aunque el entusiasmo de los investigadores no siempre se ha acompañado de una atención cuidadosa a la hora de construir teorías cuyos conceptos satisfagan a todos.

1.3.3 Necesidad de conocimientos previos

De acuerdo con la investigación llevada a cabo por Smith (1989) alrededor de un 85% de los pacientes a los que se les pide que intenten describir lo que ellos consideran un buen enfermero, hablan especialmente de actitudes y sentimientos más que de aptitudes técnicas. Emplean palabras como amabilidad, ayuda, alegría, cariño, paciencia, consideración, valorando también el hecho de tener interés, de saber escuchar. El 15% restante menciona sólo la eficiencia, observación y aptitud para realizar su trabajo. Estos datos apuntan a la implicación emocional que tienen la mayoría de los enfermeros en la labor asistencial. A pesar de esto, en los currículos de los estudios conducentes a la obtención del título de grado, destaca sobre todo la formación técnica.

Las fuentes que hablan de una gran exigencia emocional en la labor enfermera son muchas y de naturaleza diversa. Según Rodríguez Marín, (citado por López Alonso 2000), es común enfrentarse diariamente a:

- Sentimientos y comportamientos del paciente: ansiedad, ira, frustración, tristeza, son solo algunos de los que los enfermeros tienen que afrontar y resolver de forma satisfactoria.

1.- INTRODUCCIÓN

- Naturaleza de la enfermedad: pronóstico, deterioro biológico y psicológico, con la posible derivación de dependencia, cuya evolución no siempre es positiva. Esto puede de alguna forma afectar al estado mental de los enfermeros.
- Problemas de comunicación: el paciente reservado, introvertido o tímido, momentos en los que hay que dar una mala noticia, son ejemplos de situaciones que debemos solventar de forma positiva.

También se da en ocasiones una implicación emocional excesiva por parte de los enfermeros con determinados pacientes, lo que conlleva una serie de actuaciones para las cuales no hemos sido preparados. La ausencia de preparación suele suponer una resolución no eficaz de estas situaciones.

Los efectos de una implicación emocional inapropiada pueden culminar en perjuicios, tanto para los enfermeros como para los pacientes, por lo que, a la hora de establecer una relación interpersonal es conveniente establecer unos mecanismos que permitan mantener esta implicación dentro de unos límites estables; en caso contrario se llegaría a un deterioro más o menos importante. El efecto más conocido es el Síndrome del quemado o Bournot, que Malash y Jackson en 1981 lo definen como

“Una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, que se caracteriza por un agotamiento físico y psicológico, una actitud distante y despersonalizada en relación con otros y un sentimiento de falta de adecuación al realizar sus tareas”.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Por ello, es necesaria la existencia de unos criterios claros sobre cómo actuar en estas situaciones, que incidan positivamente en el exigente quehacer cotidiano, pudiendo preparar al personal sanitario desde su periodo de formación. Estimamos conveniente que el enfoque de la misma sea, desde el primer curso de la titulación, dirigido no solo a la importancia de la curación de las personas, sino también a la respuesta de las necesidades de las mismas. Se debería incluir una teoría y práctica de cuidados que tratase el proceso de duelo estudiándose los estadios por los que pasa el paciente, (etapas de Kübler-Ross (2005)) de manera que, desde la titulación el alumno y futuro profesional tuviera conciencia de lo que experimenta el paciente y/o la familia.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

1.4. EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE

1.4.1. Concepto de afrontamiento

Puede ser definido como la respuesta o el conjunto de estrategias desarrolladas por las personas frente a situaciones negativas, amenazadoras y/o estresantes con la finalidad de adaptarse a ellas sin que les pueda causar un sufrimiento mayor. Panzini y Bandeira (2007) definen el afrontamiento como *el conjunto de estrategias y recursos usados por los individuos en situaciones de estrés, con el objetivo de minimizar los daños y el sufrimiento causados por los factores estresantes.*

En el ámbito de la salud/enfermedad podemos citar los estudios realizados por Lazarus y Folkman (1986) en la Teoría Transaccional del Estrés en la que se conceptúa y estudia más profundamente el “afrontamiento” y que ha servido de referencia para numerosos estudios (Alegrance, Souza y Mazzei (2010); Krzemien, Urquijo y Monchietti (2004); Moos, (1988); Riquelme, Buendia y Rodríguez, (1993). citados por Cunha, (2012)).

Lazarus y Folkman reconocen que el concepto de “estrategias de afrontamiento” está directamente relacionado con el concepto de estrés con base teórica en el cognitivismo, y que a lo largo de los años setenta el interés científico se trasladó desde el segundo al de “afrontamiento”.

Desde el modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1986) se sostiene que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que es la interpretación que el individuo hace de estas el factor que desencadena la emoción. El proceso se inicia con una valoración primaria de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto, para que seguidamente (valoración secundaria), si estas implican una amenaza o desafío, el sujeto valore los recursos de los que dispone, con el fin de evitar o disminuir sus consecuencias negativas.” *La valoración secundaria constituye así, la capacidad de afrontamiento, entendiéndola como un proceso psicológico que se*

pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes". (Piacente, 2006)

En una línea similar, Da Silva (2004) expone que, aunque los estudios sobre el afrontamiento tengan sus orígenes en las teorías sobre el estrés, en los últimos años se ha considerado más importante el enfoque sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que sobre el primero, pues este no es vivido de igual forma por todas las personas, aunque las situaciones sean semejantes. Cada individuo presenta diferentes comportamientos, emociones y maneras de lidiar con tales situaciones, por lo que el afrontamiento está determinado por la persona, el contexto y por su interacción.

El concepto de afrontamiento surge para comprender y explicar las formas de subsanar el estrés que emplean las personas. Para Díaz Martín (2010), este forma parte de la gama de recursos psicológicos de cualquier sujeto y es una de las variables personales declaradas como participes en los niveles de calidad de vida. Según Orlandini (citado por (Cunha, 2012) las últimas investigaciones atribuyen un gran valor e importancia al afrontamiento sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico, mientras que Pearlin y Schooler (1978) argumentan que el afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que funcionen para evitar o controlar el estrés. (ib)

Cuando el modo de afrontamiento va dirigido a la emoción, tiene como objetivo regular la respuesta emocional generada ante el problema, entonces ocurren la evitación, la minimización, las comparaciones positivas o la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Rodríguez y Garcelán, 2001).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

Los principios básicos sobre el proceso de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986) se fundamentan en que:

- El afrontamiento debe separarse de los resultados; no existen procesos de afrontamientos universalmente buenos o malos, ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro, etc.
- El afrontamiento depende del contexto. Es una aproximación orientada contextualmente más que como disposición estable.
- Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de diversas situaciones estresantes
- Existen dos funciones principales de afrontamiento, la localizada en el problema y la localizada en la emoción.

Cuando se habla de afrontamiento, muchas veces se asocia con el concepto de mecanismo de defensa, desarrollado por el Psicoanálisis, que fue definido como *“el proceso psíquico inconsciente que se desencadena cuando una persona experimenta conflictos que producen dolor psíquico y angustia”*.

Con anterioridad a los estudios de Lazarus y Folkman, (1986) ya se tenía constancia de la idea de esfuerzo y de la importancia de conceptualizar el afrontamiento independientemente del resultado. *“El concepto de afrontamiento se define por las conductas englobadas en él, no por los éxitos conseguidos con tales conductas”*.

Varela y Bernardi (2000) son algunos de los autores que proponen hacer algunas comparaciones y aclaraciones entre ambos conceptos. Los resultados de sus estudios señalan que “defensa” y “afrontamiento” comparten el origen en la evitación de la angustia o el desplacer, por lo que la vivencia subjetiva y la emoción serán los desencadenantes tanto del esfuerzo de afrontamiento como del defensivo. Coinciden con otros autores en que “los mecanismos de defensa se ponen en marcha no solo por demandas internas, sino también por estímulos externos. Las defensas son activadas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

por perturbaciones internas, pero ayudan a soportar la demanda, las exigencias y los desafíos de la realidad" (Figuroa e Imach, 2006).

1.4.2. Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento es un proceso que el individuo pone en marcha a la hora de enfrentarse a situaciones que resultan estresantes, sin embargo, no siempre resulta un éxito. En caso de tenerlo, este proceso se repetirá cada vez que se dé una situación similar constituyendo una estrategia recurrente, en caso contrario, se acudirá a otros recursos.

Uno de los problemas a la hora de comprender el afrontamiento, puede surgir del desconocimiento de la causa que lleva a una persona a realizar una estrategia u otra en determinadas circunstancias. "*no se llega a vislumbrar el mecanismo por el cual se selecciona estas y no otras*" (Figuroa e Imach, 2006). Del mismo modo podemos encontrarnos con una falta de consistencia, debido a que una misma situación puede ser afrontada por una misma persona de forma diferente según el momento en que se encuentre. (Leibovich de Figuroa, Schmidt y Marro, 2002).

Lazarus y Folkman (1986) proponen ocho formas habituales de afrontar situaciones estresantes: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva.

Sin embargo, hay múltiples formas de concretar el afrontamiento, diferentes estrategias que pueden ser utilizadas ante a situaciones estresantes. Según Fernández-Abascal (1997) se han recogido dieciocho estrategias de afrontamiento definidas a lo largo de la literatura científica:

1.- INTRODUCCIÓN

- **Apoyo social al problema:** se realizan acciones encaminadas a buscar en la demás información y consejo sobre cómo resolver el problema.
- **Apoyo social emocional:** búsqueda en los demás de apoyo y comprensión para la situación emocional en la que se encuentra.
- **Conformismo:** tendencia a la pasividad debida a la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y una aceptación de las mismas.
- **Control emocional:** movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos.
- **Desarrollo personal:** consideración del problema de una manera relativa, de auto estímulo y con tendencia a alcanzar un aprendizaje positivo de la situación, centrándose sobre todo en el desarrollo personal.
- **Desconexión mental:** pensamientos distractores para evitar pensar en la situación problema.
- **Desconexión comportamental:** evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema.
- **Distanciamiento:** supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.
- **Evitar el afrontamiento:** inacción en previsión de que cualquier tipo de actuación puede empeorar la situación, o por valorar el problema como irresoluble.
- **Expresión emocional:** caracterizada por canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción causada por el problema.
- **Negación:** ausencia de aceptación del problema y evitación por distorsión o desfiguración en el momento de su valoración.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

- **Planificación:** movilización de estrategias de afrontamiento para alterar la situación, implicando una aproximación analítica y racional del problema.
- **Reacción depresiva:** incluye sentirse desbordado por la situación y adoptar una actitud pesimista acerca de los resultados que se esperen de ella.
- **Refrenar el afrontamiento:** aplazamiento de todo tipo de afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema.
- **Reevaluación positiva:** estrategias de afrontamiento activo enfocadas en crear un nuevo significado de la situación del problema, intentando sacar todo lo positivo que tenga la situación.
- **Resolver el problema:** decisión de una acción directa y racional para solucionar las situaciones del problema.
- **Respuesta paliativa:** inclusión de elementos que buscan la evitación de la situación estresante, es decir, intenta sentirse mejor, fumando, bebiendo o comiendo.
- **Supresión de actividades distractoras:** esfuerzo en paralizar todo tipo de actividades, para centrarse activamente en la búsqueda de información y valorar el problema.

Lazarus y Folkman (1986) señalan que el resultado de enfrentarse a un evento estresante está supeditado tanto de las demandas del medio como a los propios recursos de la persona. Dependen de la combinación de múltiples factores, entre los que destacan los aspectos personales y las experiencias individuales, por un lado, y las exigencias del ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales, por el otro.

Tras una amplia búsqueda bibliográfica podemos afirmar, que actualmente en España existen pocas investigaciones que empleen una metodología cualitativa en estudios relacionados con el proceso de morir y las estrategias de afrontamiento. Una gran mayoría de las investigaciones relacionadas con este tema son de metodología cuantitativa. Los estudios de Montoya (2004) y Poveda Monge *et al.* (2000) así lo

1.- INTRODUCCIÓN

confirman, y señalan que la mayoría de lo publicado en lengua española, son artículos que hablan del proceso de la muerte desde un punto de vista teórico o están dedicados a la implementación de protocolos.

1.4.3. El afrontamiento en el ámbito hospitalario

Cuando hablamos del concepto de salud-enfermedad, generalmente nos referimos al ámbito hospitalario, ya que es en este entorno donde la mayoría de las veces nos encontramos a personas enfermas que afrontan el deterioro de su salud. En este hábitat, donde el proceso de enfermedad y muerte es una constante, el personal de enfermería también se ve en la necesidad de realizar un afrontamiento para sobrellevar su día a día.

Tomando como base sus estudios teórico-prácticos, Pereira y Bueno (1997) abordan determinados temas, todos ellos muy complejos, existentes en el ámbito hospitalario y en torno al personal de enfermería de los servicios asistenciales. Servicios cuya prestación puede ocasionar diferentes niveles de estrés y ansiedad, provocados generalmente por la responsabilidad que tienen estos profesionales en la práctica diaria, siendo diversas las variables que pueden intervenir en ese proceso: un ambiente cerrado, la iluminación artificial, la interacción constante entre los diferentes miembros del equipo, la fuerte exigencia de responsabilidad para con el paciente enfermo, la constante exposición a dolor y sufrimiento, así como el riesgo y las situaciones de muerte inminente. Una buena calidad asistencial depende directamente del manejo de estas variables y estresores.

Trabajar en determinadas unidades de hospitalización, sobre todo en aquellas que tratan a pacientes con enfermedades graves que tienen una incidencia alta de mortalidad causa al personal sanitario tanto a un aumento del estrés como una mayor demanda de control mental. (Chacón y Grau Abalo). En estas circunstancias los

profesionales necesiten adecuadas estrategias de afrontamiento con el fin de reducir la presión, dominar o tolerar la situación.

Grau Abalo *et al.* (2008) confirman en sus estudios que el paciente terminal y su familia, generan, la mayoría de las veces, una alta carga emocional en el personal que les atiende, sobre todo cuando no está preparado y formado para afrontar este tipo de situaciones. En estos casos, los enfermeros viven las mismas etapas psicológicas que el enfermo y su familia en el proceso de muerte, que generan determinadas actitudes.

“los profesionales cada vez hablan menos con los enfermos y también los escuchan menos. Establecen una excesiva distancia emocional con los pacientes y se centran y ocupan exclusivamente en sus síntomas y aspectos físicos.”

Según Brunet (2005), la ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerque el final de la vida del paciente, de tal manera que su proximidad *“conlleva por lo general a intensas reacciones emocionales y, de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés”*.

Según Limonero (1997), esta ansiedad ante el proceso de muerte puede ser entendida como:

“una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza – reales o imaginarias – a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales”

lo que favorece la aparición de un distanciamiento del tema, tachándolo como algo de lo que no se debe hablar. Aunque este hecho es importante para todas las personas, es mucho más significativo en el personal sanitario que trabaja en unidades asistenciales en contacto permanente con la muerte.

Varios estudios demuestran que el afrontamiento tanto del dolor como de la muerte, constituye una de las tareas más estresantes a las que se enfrentan los

1.- INTRODUCCIÓN

sanitarios en su entorno profesional. Esta dificultad es reconocida en investigaciones realizadas también con estudiantes en el ámbito de Ciencias de la Salud, lo que pone de manifiesto la existencia de un miedo ya experimentado en la época universitaria y que continúa posteriormente en la vida laboral. (Rio- Valle 2007, Cruz Quintana *et al.*, 2008).

En al ámbito hospitalario, afrontar situaciones que cuestionan y amenazan la propia existencia del personal, hace que emerjan las emociones, los sentimientos y los afectos de cada uno, se trata de experiencias consideradas vitales. Hay trabajos que confirman como el proceso final de la vida y muerte es sentido y vivido de manera distinta por cada persona y, por lo tanto, la forma de afrontarlo también es diferente. Esto apunta a la necesidad de hacer hincapié en que el afrontamiento está determinado por la persona, sus circunstancias sociales, culturales y en especial por la forma en que suceda el hecho final. (Bayés, 2001, Rio-Valle 2007).

Una vez evidenciada esta realidad, es necesario dar apoyo emocional a los profesionales que atienden pacientes en estado crítico para evitar que realicen un afrontamiento inefectivo, como pueden ser la negación y el distanciamiento afectivo: estas herramientas son inadecuadas para el trabajo con pacientes críticos o en proceso de muerte.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.5. PSICOLOGIA DE LA SALUD

Durante la realización de las entrevistas hemos encontrado que los enfermeros manifiestan la necesidad de la creación o inclusión de unidades de apoyo psicológico, en los hospitales, tanto para los familiares como para el personal sanitario. En ocasiones los profesionales han tenido la necesidad de hablar con alguien, fuera de su entorno, para tanto desahogarse como para recibir consejos/orientación de como asumir situaciones que se presentan en el desarrollo de su trabajo.

La experiencia del trauma es inherente al ser humano. Situaciones extremas como desastres naturales, pandemias, catástrofes y, en las últimas décadas, actos de terrorismo, se asocian hoy en día a la necesidad de asistencia psicológica a los damnificados por estos eventos y sus familiares en el trance de sobrellevar estas experiencias asociadas a la muerte y el dolor, así como sus secuelas.

A este respecto, la historia de la Psicología de la Salud no puede escribirse sin tener en cuenta el desarrollo que ha tenido esta especialidad en latinoamérica y en los primeros trabajos sobre el tema realizados por Neder en 1954, siendo Brasil el primer país que incluye al psicólogo dentro del grupo de trabajo hospitalario. En Cuba se crea en 1968 el Grupo Nacional de Psicología de Cuba, insertándose por primera vez los psicólogos en la Atención Primaria de Salud en 1969. (Zas 2011). La revista Psicología de la Salud, aparece en España en 1989. (Rodríguez Marín, 2002).

1.5.1 Orígenes de la psicología de la salud

Para encontrar el inicio de los actualmente llamados primeros auxilios psicológicos (PAPS) debemos remontarnos al incendio del centro nocturno de Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942, donde cuál fallecieron 493 personas (Salakieu, 1996), Colaboradores del Massachussets General Hospital, incluyendo al

1.- INTRODUCCIÓN

psiquiatra Erich Lindemann, trabajaron intensamente con los familiares de los fallecidos en el desastre.

Como resultado del mismo, el Dr. Lindemann realizó un seguimiento de muchos de los familiares, descubriendo que la mayoría evolucionaban favorablemente, mientras que los que habían desarrollado síntomas psicopatológicos habían experimentado un ciclo de duelo que no habían llegado a concluir.

El Dr. Lindemann, (citado por Rubin 2001), afirma que las personas disponemos de una gran cantidad de recursos internos con los que poder enfrentarnos a una crisis repentina en nuestra vida, por lo que algunas no llegan a necesitar ningún tipo de ayuda para ello; para otras, esta resulta apropiada, e incluso en niveles mínimos puede ser muy eficaz.

A raíz de eventos más cercanos, como los atentados de las Torres Gemelas en Estados Unidos en (2001) los de la estación de tren de Atocha de Madrid (2004), o el terremoto y posterior Tsunami en Tailandia (2004), se empiezan a elaborar técnicas de primera intervención psicológica, con la finalidad de atender a los damnificados no solo físicamente, sino también emocionalmente. La mayor dificultad para poder prestar esa primera ayuda psicológica reside principalmente en las diferentes reacciones emocionales de las personas afectadas, es necesaria la realización de una serie de protocolos.

La O.M.S. (2012) menciona que, aunque todos los individuos que sufren una emergencia o desastre resulten afectados de una u otra manera, hay una amplia gama de reacciones y sentimientos, dependiendo de factores como la naturaleza y gravedad de los acontecimientos que experimentan, su experiencia con acontecimientos angustiantes anteriores, el apoyo de otras personas, su salud física. su cultura y tradiciones y su edad.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

El denominado estrés postraumático es un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante, a una situación breve o duradera de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría por sí misma, malestar generalizado en casi todo el mundo. (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10,1992)

Uno de los sucesos más estresantes y desencadenantes de traumas psicológicos es la muerte, la cual está presente por regla general en casi todos los desastres. Esta circunstancia hace que sea considerada dentro de los PAPS, porque constituye una herramienta esencial para trabajar tanto con los familiares de los fallecidos como con las personas que los atienden.

Entre los objetivos de los PAPS, según Corral y Gómez (2009) se encuentra proporcionar apoyo, facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, y exprese y exprese sus sentimientos (miedo, tristeza, angustia o enfado). Estas actuaciones evitan situaciones de riesgo adicional en la medida en que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones por parte de los afectados a otras personas o a sí mismos, actuando el profesional en previsión de estas circunstancias. Este es quien proporciona a los afectados y su entorno recursos de ayuda, información y orientación sobre el qué hacer y cómo hacerlo.

García menciona que la terapia psicológica se refiere a un proceso terapéutico breve, que va más allá del afrontamiento inmediato, y se encamina hacia la resolución de la crisis de manera que el incidente se integre en la vida de la persona afectada con el fin de que esté mejor preparada de cara a un futuro.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

1.- INTRODUCCIÓN

1.5.2 La psicología de la salud a nivel hospitalario

En España es a finales de la década de los setenta y principio de los ochenta cuando aparece la psicooncología, especialidad centrada en las Unidades de Cuidados Paliativos. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) nace en 1992, participando en su creación un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, cuya labor está enfocada casi exclusivamente a conseguir un funcionamiento óptimo de estos equipos.

Actualmente encontramos con mayor frecuencia psicólogos integrados en los equipos de Salud Mental, cuya función principal es atender a los pacientes psiquiátricos en los diferentes servicios de hospitalización, unidades de psiquiatría, hospitales de día. Los objetivos de estos profesionales en el ámbito hospitalario no son muy diferentes a los del diagnóstico, dedicándose a la aplicación de distintas técnicas y con escasas funciones de investigación, en su gran mayoría unidas a intereses psiquiátricos.

No obstante, la necesidad que tienen tanto los enfermos como el personal sanitario de una atención psicológica está causando a que poco a poco, la llamada Psicología Hospitalaria se vaya abriendo paso, en más centros sanitarios.

Refiriéndose a ello, se han encontrado respuestas como la expresada por E30

“Se tiene el pensamiento erróneo de que estamos preparados para eso, pero no es así, no salimos de la carrera sabiendo enfrentarnos a todo lo que se nos presente [...] En infinitas ocasiones he tenido que salir de las habitaciones de los pacientes para que no vieran mis lágrimas, aunque en otras las he compartido con ellos “

O como comenta E24

“Los profesionales sanitarios están expuestos con mucha frecuencia a experiencias con relación a la muerte y tienden como mecanismo de defensa, a mecanizar las actuaciones relacionadas con ellas [...], tiende a transformar al enfermero de forma negativa pasando de un facilitador del tránsito en un inicio a un mero espectador que solo interviene a nivel asistencial”

El diseño de tareas a realizar por un psicólogo en una institución hospitalaria parece ser algo reconocido y consensuado hoy en día. Duque y Grau (2005), sostienen que entre otras funciones que un psicólogo hospitalario puede y debe *“atender las dificultades emocionales del personal médico y de enfermería, que trabaja con determinados grupos de pacientes y en diversos tipos de unidades”*.

Actualmente, el hospital Reina Sofía de Córdoba, es el primer hospital de España que cuenta con una unidad de atención al personal sanitario, llevada por psicólogos.

1.5.3 Psicología y religión

España es un Estado aconfesional, aunque el catolicismo sigue siendo la religión mayoritaria, que convive en él con otras religiones con sus características específicas. En eventos como los citados atentados de Madrid o la catástrofe aérea de Spanair, (2008) los psicólogos que acuden a prestar ayuda comprueban in situ que muchas veces las personas no les necesitan a ellos, sino a un líder de su comunidad religiosa.

En 2016, el Grupo de Emergencias del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid organizó la I Jornada de Duelo y Multiculturalidad, apoyado por la Fundación Pluralismo y Convivencia, dependiente del Ministerio de Justicia. Allí se acuerda poner en marcha dos proyectos pioneros. El primero propone que los líderes de las comunidades religiosas participen en los equipos de emergencia junto a los psicólogos, no con su presencia física, pero sí con su disponibilidad en caso de necesidad. El segundo, consiste en elaborar de forma conjunta un “Manual para afrontar los primeros momentos de la pérdida de un ser querido”, que sea respetuoso con todas las confesiones incluyendo para conocimiento de los profesionales los diferentes rituales vinculados a la muerte y el duelo. Pereira (citada por Lantigua 2016) no descarta la posibilidad de que

1.- INTRODUCCIÓN

a raíz de estas iniciativas, se impartan cursos de formación a diferentes grupos de psicólogos sobre las religiones y el duelo.

1.5.4. La importancia de la diversidad

Para Carracedo *“lo que más nos une es que todos trabajamos al servicio de la persona que sufre y eso es lo importante”*. Expresándose en esa línea, Hammaoui, del Centro Islámico de Valencia *“uno de los cambios más considerables y visibles de la sociedad española en los últimos años es la aparición del fenómeno de la diversidad y cualquier intento de acercarnos a este hecho y normalizarlo, es bueno”*. Matos, perteneciente a los testigos cristianos de Jehová dice *“entender una religión distinta ayuda mucho a comprender la reacción de cada creyente”* y Caputo miembro del Centro Budista considera fundamental *“que los psicólogos tengan una base y una imagen real sobre las distintas creencias religiosas. Lo importante, siempre, es el respeto al otro, a su duelo y a su fe”*.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

2. OBJETIVOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

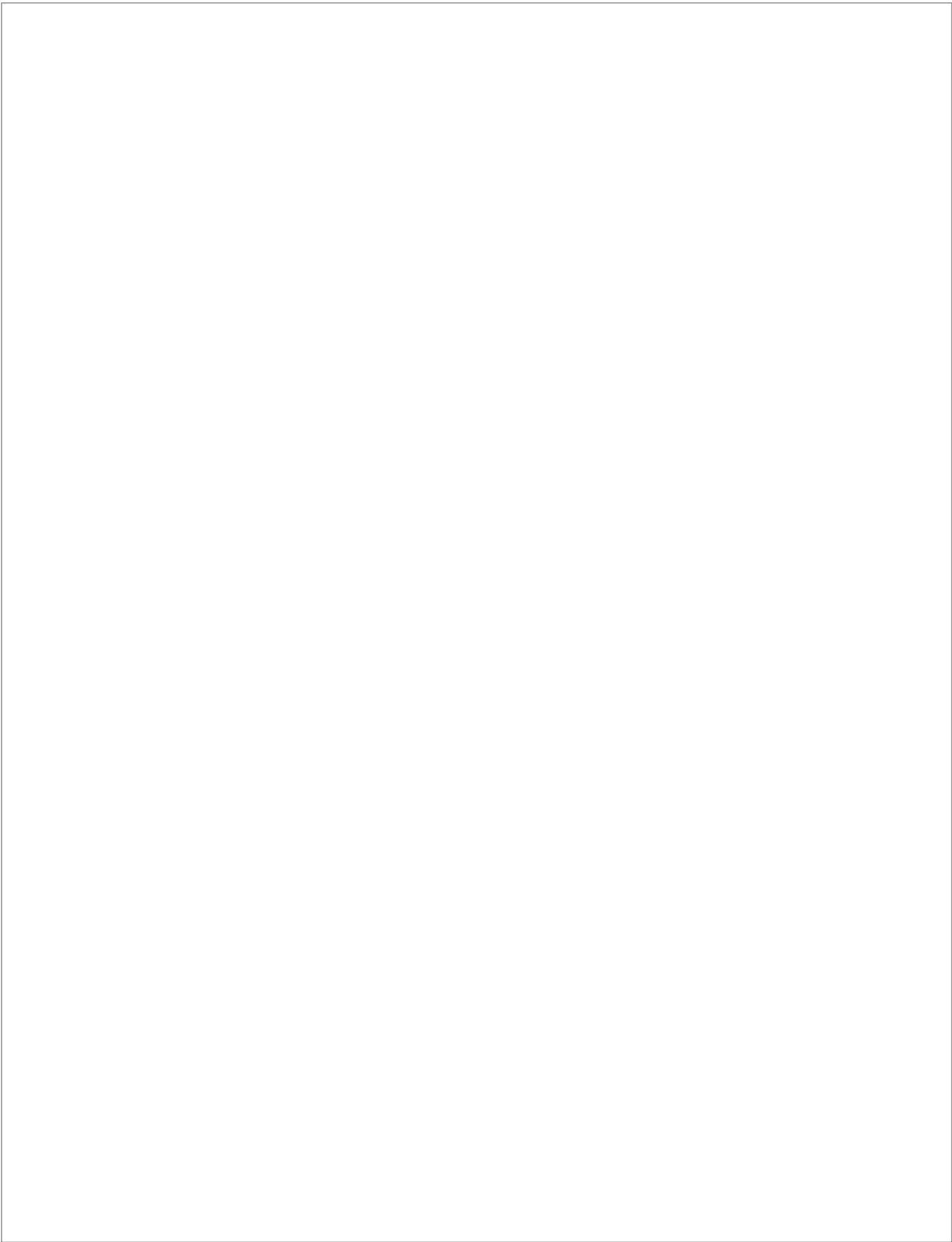
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Conocer como expresan y qué estrategias de afrontamiento emplean las enfermeras tras su primer contacto con la muerte y a lo largo de su proceso de duelo.

2.2 Objetivos específicos:

2.2.1 Conocer las experiencias y emociones experimentadas como consecuencia del primer contacto con la muerte.

2.2.2 Conocer si dicha experiencia y su modo de afrontar la pérdida repercutió posteriormente en su labor profesional.

2.2.3 Identificar que estrategias de afrontamiento desarrollaron a lo largo de su proceso de duelo personal.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

2. OBJETIVOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

3. MATERIAL Y MÉTODO

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

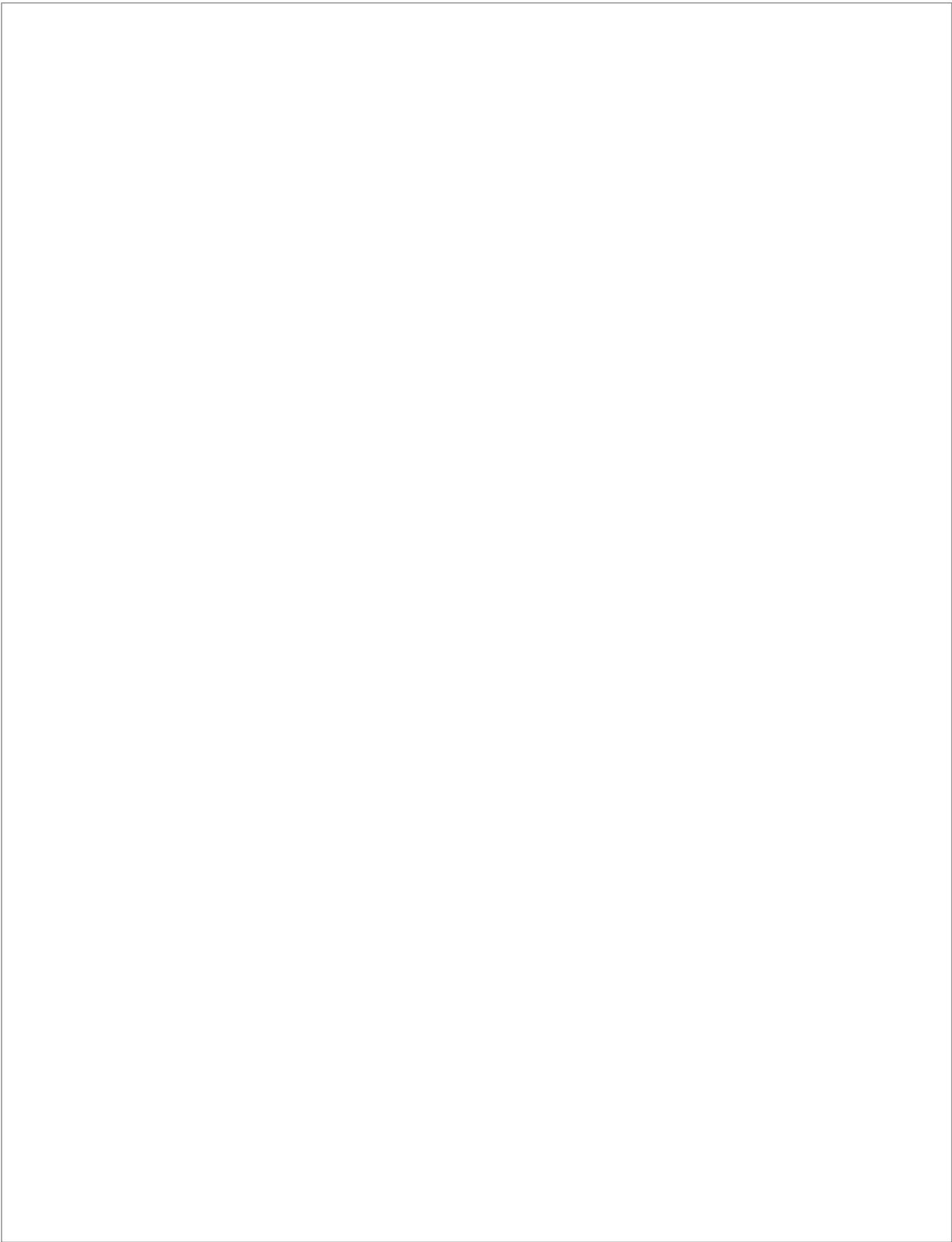
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

3. MATERIAL Y MÉTODO

En este apartado abordamos la metodología elegida en nuestra investigación, así como el paradigma de la misma y el método de investigación utilizado, para posteriormente concretar las técnicas que han producido la información. Previamente realizaremos unas consideraciones conceptuales:

Según la RAE metodología es en su segunda acepción. «conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica, un estudio o una exposición doctrinal».

Siguiendo a Strauss y Corbin consideramos que la metodología es la manera de pensar la realidad social y estudiarla. En esa línea Van Manen apunta que la palabra metodología se refiere al marco filosófico que se asocia a un determinado tipo de investigación.

El método es en cambio el conjunto de procedimientos y técnicas para recolectar y analizar datos, y está impregnado de implicaciones metodológicas de una perspectiva filosófica o epistemológica particular, mientras que la técnica es el “procedimiento aplicado para la ejecución de cualquier cosa”, en nuestro caso para la producción de la información. Desde una perspectiva un poco más amplia, y siguiendo a Van Manen, la definimos esta última como los procedimientos teóricos y prácticos que se pueden adoptar para desarrollar un determinado método de investigación.

3.1. Paradigma, metodología y método

En metodología de la investigación, se entiende como paradigma el marco teórico y metodológico que el investigador utiliza para interpretar unos fenómenos en determinados contextos sociales, y es fundamental que el paradigma elegido sea adecuado a los intereses y objetivo de la investigación.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Los paradigmas se plantean en base a las creencias del investigador, y se dirigen a materializar el propósito de la investigación, ya sea predecir, describir, explorar, interpretar. Nosotros, no solo queremos conocer la realidad, sino que nuestra intención principal es comprenderla. Entendemos, coincidiendo con Wright, que la comprensión de un fenómeno implica considerar el mismo en su globalidad y en su contexto interpretativo, y no fragmentando el fenómeno y aislándolo contextualmente, como sería el procedimiento cuando el objetivo es la mera descripción del fenómeno. De esta manera, el paradigma que hemos elegido por ser el más adecuado para los intereses de este estudio, es el *paradigma interpretativo*.

El paradigma interpretativo se define como:

“Aquel que valoriza la visión que sobre ellos mismos tienen los sujetos y los significados de los comportamientos implícitos y explícitos”

Erickson señala como el contexto se configura como factor constitutivo de significados afirmando que el objeto de investigación se centra en la acción humana y el significado que esta tiene para las personas que la realizan. Haciendo hincapié en esa idea, Vasilachis considera que el fundamento de este paradigma interpretativo, radica en la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes. En definitiva, el enfoque interpretativo pretende desarrollar interpretaciones de la vida social y el mundo desde una perspectiva cultural e histórica.

La comprensión de la realidad planteada pasa por entender los significados asociados a una temática concreta, en este caso el significado del afrontamiento inicial ante la muerte que tienen los enfermeros, entendiendo por significado algo que puede ser comprendido mediante el análisis de las intenciones de la persona y las referencias del contexto donde se produce el fenómeno a estudiar. Es decir, para una correcta

interpretación de los significados se debe tener en cuenta el propio marco simbólico de cada participante y la relevancia del contexto.

Hemos considerado el paradigma interpretativo como el más apropiado, partiendo de la base de que cuando investigamos las creencias, vivencias y acciones de las personas, no existe una verdad absoluta, si no que esta depende de las distintas percepciones de la realidad y de las vivencias e influencias contextuales de los participantes. En este sentido, dentro del paradigma interpretativo, Pérez Gómez no niega la existencia de aspectos comunes o la posibilidad de establecer categorías a partir de los rasgos definitorios de personas o grupos, lo que rechaza es que toda la realidad pueda ser comprendida al reducirla a una sola categoría.

Dentro del paradigma interpretativo, es necesario diferenciar entre los conceptos *emic* y *etic*. Ambas perspectivas sugieren una cadena de actuaciones en la aproximación a la realidad, sea del tipo que sea la realidad en estudio.

Estos términos se usan para referirse a dos tipos diferentes de descripción relacionadas con la conducta y la interpretación de los agentes involucrados: así, la perspectiva *emic* viene constituida por interpretaciones en primera instancia desde el punto de vista de sus protagonistas; mientras que la perspectiva *etic*, supone interpretaciones segunda instancia, realizadas desde fuera por el investigador. Dentro de nuestra investigación, la perspectiva *emic* estará centrada en el análisis descriptivo realizado a través de los discursos de los participantes y la perspectiva *etic* se abordará desde la interpretación realizada por el propio investigador.

También se puede hablar de “análisis interpretativo de los usos del lenguaje” porque investigamos en el proceso la intencionalidad práctica y contextual del lenguaje. Según Lupicinio y Antaki, (citados por Morales 2015) este es un tipo de análisis que entiende el discurso como un conjunto de prácticas del habla o del lenguaje que promueven y mantienen ciertas relaciones sociales. Es decir, el lenguaje se mantiene

3. MATERIAL Y MÉTODO

como expresión del fenómeno social objeto de estudio. Trata de establecer “el por qué y para qué se dice lo que se dice”. Existen diferentes enfoques de análisis dentro del análisis del discurso, pero todos ellos intentan comprender el sentido global y contextualizado del texto sin fragmentarlo y solo posteriormente a esta interpretación global es cuando se analizan en detalle y por partes los datos, trabajando a la inversa que en el resto de análisis.

Partiendo de que nuestro objetivo es comprender las percepciones sobre el afrontamiento inicial de la muerte desde el ámbito de la enfermería, la metodología cualitativa es idónea para el desarrollo de esta investigación, porque el objetivo de la misma es la comprensión.

La Enfermería, junto con el resto de Ciencias de la Salud, está comenzando a orientar sus procesos de indagación y obtención de conocimiento hacia la investigación cualitativa, entendida como un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas que examina un problema humano o social.

La investigación cualitativa considera a las personas como un todo en relación con un todo mayor que es su contexto sociocultural. Intenta comprender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos en su contexto natural. El interés se centra en el significado, la experiencia, las motivaciones, las expectativas y las opiniones de las personas investigadas.

La investigación cualitativa es prolífica en métodos de investigación. Una característica de los métodos cualitativos es que no pueden estar determinados por unas pautas fijas, pues estos deben adaptarse al proceso investigador particular que se esté desarrollando.

Aun así, es necesario elegir el que más se adecúa al tipo de estudio a desarrollar, en este caso se trata del método fenomenológico. La fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Los primeros pensadores

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

trataron de definir si era un método o una filosofía, dado que, lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos.

Sin embargo, lejos de dilucidar si se trataba de una estructuración del pensamiento para llegar a la verdad, se encontró que la representación de los fenómenos es un aspecto subjetivo del pensamiento. En la pretensión de dar un sentido indiscutible a la misma, la fenomenología concibe que coexisten dos razonamientos: uno pre- científico y otro científico. El pre-científico se refiere a aspectos del espíritu y el científico a los de las ciencias objetivas. Al mismo tiempo se enfrentaron a otro problema de índole filosófica, pues al tratar de explicar los hechos estos tenían que ser verdaderos para ser científicos. El dilema filosófico consistió en darle carácter científico a la subjetividad del pensamiento, empresa que, de lograrse permitiría rechazar los postulados del realismo empírico y reformular los fundamentos del positivismo y, por tanto, de lo científico. No obstante, para entender lo subjetivo del pensamiento no existía en los inicios de la fenomenología una estructura conceptual que definiera estas nociones para hacerlos reales, por lo cual se juzgaron empíricos. Husserl, trató de explicar y fundamentar que la ciencia apela a las características psicológicas de la especie humana. Para Husserl, considerado como el padre de la fenomenología, esta era una filosofía, un enfoque y un método. La fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia.

Heidegger por otra parte, la considera una hermenéutica, en el sentido etimológico de la palabra; precisa que la fenomenología como ciencia de los fenómenos, consiste en *permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo*. En consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto, científicamente válido.

El profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana.

3. MATERIAL Y MÉTODO

La fenomenología que se dirige al estudio de la experiencia vivida puede emplearse respecto a una enfermedad o circunstancia del protagonista de la experiencia, buscando los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones.

De esta forma, podemos entender la fenomenología como una corriente de pensamiento propia de la investigación interpretativa, que concibe como base del conocimiento la experiencia subjetiva de los hechos tal y como se perciben por un individuo. Es el método que más se ajusta a nuestro trabajo, ya que intenta descubrir el significado esencial de las acciones del ser humano y permite describir el significado de las experiencias vividas por nuestros participantes acerca de un acontecimiento o fenómeno, en nuestro caso el afrontamiento inicial a la muerte.

La hermenéutica, término que procede del griego "hermnéia", hace referencia a la eficacia de la expresión lingüística. Desde un principio la hermenéutica estuvo unida a la transmisión de mensajes (Hermes, el mensajero de los dioses). Su importancia iba en un principio unida a la interpretación de los textos bíblicos, aunque es el Renacimiento cuando adquiere su auge, momento en que no solo se ocupará de los textos bíblicos. Es considerada como la ciencia interpretar los textos o hipertextos que atiende a elementos como la intención del autor, al contexto y los sistemas de significación.

Ricoeur, expuso las definiciones más amplias de la fenomenología y la hermenéutica apoyado por las ideas de Husserl, Heidegger y Gadamer, según este autor *la fenomenología sigue siendo la presuposición insuperable de la hermenéutica*. La teoría de la interpretación de Ricoeur, profundizó en la comprensión de la relación entre la ontología (estudio del ser) de la realidad humana y la epistemología (lo que hay que se puede conocer), afianzando el vínculo entre comprender el significado y comprenderse a sí mismo.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Debido a los intentos de la fenomenología por revelar el significado esencial de la experiencia humana, esa filosofía y el enfoque nos puede servir de base en nuestra investigación. La mayor parte de los estudios realizados desde la perspectiva enfermera tienden a estudiar solo ciertos aspectos aislados de las personas originando una reducción que es de poca utilidad. Por ello consideramos que la fenomenología hermenéutica presenta posibilidades atractivas dentro del campo de la enfermería a la hora de entender los fenómenos de salud-enfermedad a través del todo, favoreciendo la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas como principal núcleo generador de cuidados.

3.2. Recogida de datos

Esta investigación se desarrolló en varias fases, iniciándose en octubre de 2014 un periodo de reflexión sobre la temática objeto de estudio, así como el planteamiento del problema y la elaboración del diseño del mismo. En diciembre de 2014 se inició una amplia búsqueda bibliográfica sobre el proceso de muerte y las repercusiones que podía tener en los profesionales dentro del entorno hospitalario, contactándose con diversos profesionales con el objetivo de verificar la importancia de la investigación a realizar. Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, se iniciaron las entrevistas semiestructuradas. En un primer momento se había planeado realizar las mismas solamente a aquellos enfermeros que hubieran terminado sus estudios de enfermería en un periodo superior a veinte años; posteriormente se modificó este criterio por considerar que era un tema que afectaba a todos los profesionales de enfermería, independientemente del año de finalización de los estudios. Así pues, tras solicitar el consentimiento informado a los entrevistados (Anexo I), se inician las entrevistas, basadas en un guion semi estructurado que sirve para centrar el tema de esta investigación. (Anexo II).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

3. MATERIAL Y MÉTODO

Durante el proceso de realización de las entrevistas, surgen nuevas preguntas, que son incluidas en las realizadas posteriormente por presentar una gran relevancia para la investigación del presente estudio. Se acuerda con cada entrevistado el lugar de realización, efectuándose parte de ellas en un aula de estudio en la sede de la Escuela de Enfermería en Lanzarote. Otras, a petición de los participantes en su centro de trabajo. En ambos casos, se garantiza la intimidad de los entrevistados. Una de las entrevistas se realizó, por petición de los participantes, en pareja (ambos profesionales enfermeros)

En total se realizaron 31 entrevistas, Los sujetos entrevistados fueron en su mayoría a mujeres, (27, frente a 4 hombres entrevistados). Una de las entrevistas es desechada por no aportar información relevante en relación al propósito de esta investigación.

Con el fin de preservar el anonimato del procedimiento, se adjudica a cada participante una letra y un número para la transcripción y posterior manejo de datos. (E1, E2,)

Según Vallés (2001) la exploración y codificación intuitivas suponen una aproximación de tipo inductivo, en la que el analista opta por enfrentarse directamente al texto, sin una plantilla de códigos o alguna estructura elaborada de antemano; herramientas que si aparecen en cambio, en el análisis deductivo. Ambas estrategias pueden coexistir en un mismo proyecto.

La justificación para el uso de programas informáticos en análisis cualitativos suele ser el ahorro de tiempo, lo que es cierto cuando se maneja una cantidad importante de datos, El uso de estos programas nos permite marcar fragmentos de texto, codificarlos y recodificarlos si fuera necesario durante el análisis de los mismos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Para facilitar el análisis de los datos de la presente investigación, hemos utilizado el programa Nudist Nvivo11. Este nos ha facilitado la realización, entre otras, de las siguientes funciones:

- División de los textos en unidades de significado (unidades textuales)
- Asignación de códigos y metacódigos
- Recuento de unidades de texto codificadas
- Establecimiento de relaciones jerárquicas entre las categorías
- Examen e investigación de los documentos
- Recuperación de los textos a partir de la codificación realizada o de palabras de interés
- El establecimiento de relaciones entre códigos

Cabe destacar, como principal ventaja del programa Nvivo11, la posibilidad de operar en el análisis cualitativo con una cantidad importante de textos, permitiendo trabajar con un número casi ilimitado de categorías y subcategorías, pudiéndose comparar entre sí de forma abreviada en las matrices de inserción. Ello permite aligerar la cantidad de tiempo empleada en los procesos de análisis en comparación con la opción de tratamiento manual de los textos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

3. MATERIAL Y MÉTODO

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

4. RESULTADOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

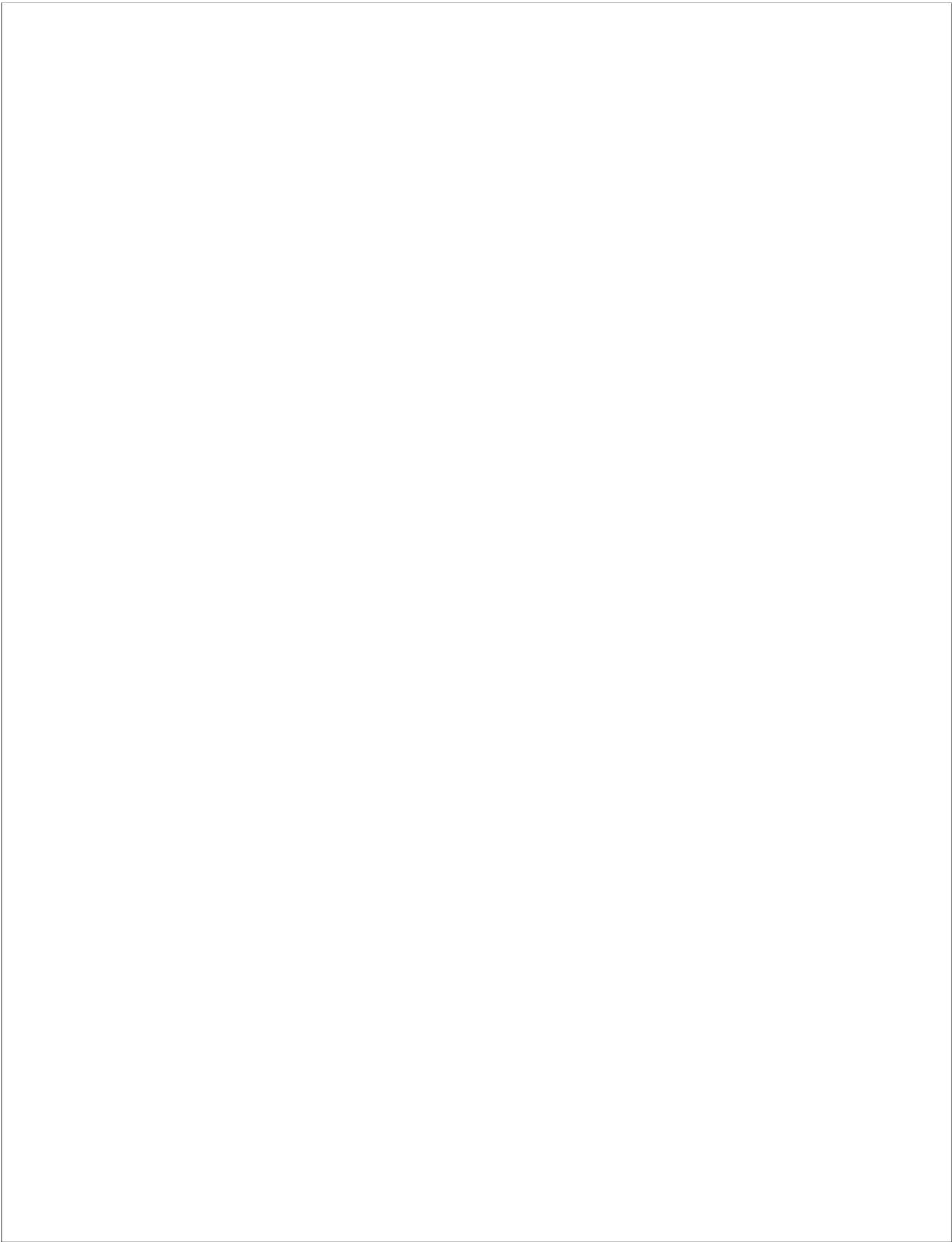
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

4. RESULTADOS

A raíz del análisis de las entrevistas, se pudo observar la existencia de información emergente, que se separó por no ser objeto de esta investigación. La misma se analizará en la discusión, ya que a pesar de esto la consideramos relevante con el tema propuesto.

Este capítulo se ha estructurado en dos partes, la primera relacionada con el análisis de los resultados de las entrevistas; la segunda supone el desarrollo de las mismas a partir del programa informático Nvivo11.

4.1. Variables socio demográficas

4.1.1 Género

De las 30 personas entrevistadas, 27 son mujeres (90%) y 3 son hombres (10%)

Todos viven y trabajan en Lanzarote.



Ilustración 5 Distribución por sexo

4. RESULTADOS

4.1.2 Finalización de estudios de Enfermería

No se ha hecho distinción entre los años de finalización de estudios y trabajo como enfermeros, observando que la mayoría han finalizado los mismos hace más de 11 años coincidiendo con su trabajo como profesional

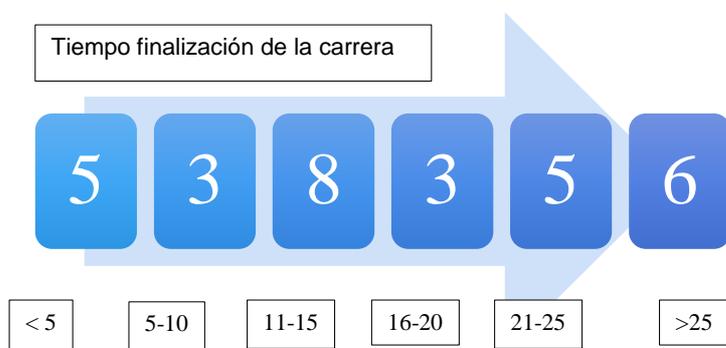


Ilustración 6 Tiempo de finalización de los estudios

4.1.3 Primer contacto con la muerte

A la pregunta de cuando fue su primer contacto con la muerte, la mayoría de, los profesionales responden que tuvo su primera experiencia durante la realización de sus estudios, en su periodo de prácticas clínicas.

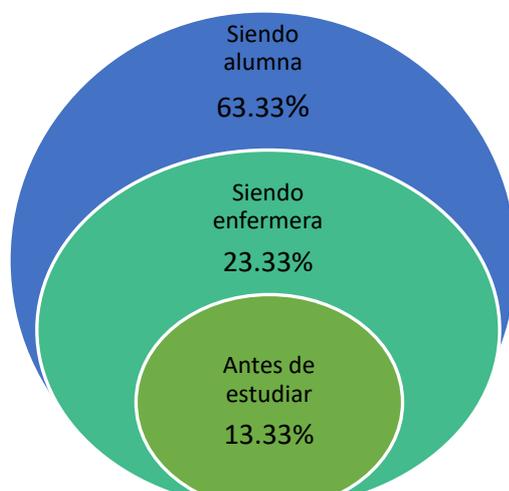


Ilustración 7 Primer contacto con la muerte

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

4.1.4. Afectación

En relación a si les afectó de alguna manera su primera experiencia/contacto con la muerte, no se ha observado diferencias significativas entre los que han manifestado que se sintieron afectados y los que no, influyendo las circunstancias de la misma. La mayoría comentan que si se han sentido afectados con posterioridad en eventos similares.

E. 19 *“Para mi traumático, para el resto del personal muy normal, que a día de hoy yo lo visualizo de una manera normal, pero como alumno fue una cosa bastante traumática”*

E.5 *“yo creo que me afectaron más las muertes en pediatría posteriormente ya trabajando, sí, porque los niños... es diferente”*

E. 8 *“era mi primer día, fue un hecho medio rápido y tampoco lo viví así, como....no me enteré de mucho la verdad”*

E. 6 *“vi a la señora con el marido y estaba muerta, pero claro, fue una imagen que me impresionó muchísimo”*

E.3. *“fui a darle un beso, estaba en el cajón y le noté frío y luego soñaba que estaba en una cajita y que tenía frío y que nadie iba a taparle”*

“estábamos varios alumnos y de que estaba muerto, a mí me parecía que no se podía decir delante de él, porque él lo podía estar oyendo, a mí me parecía que oía, que el señor oía no sé qué, que se murió.”

E.2 *“fue muy tranquila, era una señora muy mayor que además murió tranquilita”.*

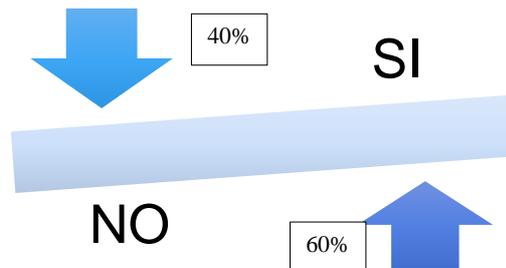


Ilustración 8 Grado de afectación de la primera experiencia de muerte

4.1.6. Afrontamiento posterior.

En relación al afrontamiento posterior en su trabajo como enfermeros, la mayoría han respondido que no les ha afectado, aunque hay excepciones que consideran que si, sobre todo en su aceptación de la muerte.

E.9: *“supe que esta profesión me iba a poner es esa situación más veces, que iba a ver cosas que no me gustaban y a tener sentimientos que dolían”*

E.12: *“En el año 2004 comencé a trabajar con pacientes oncológicos y creo que fue ahí donde se transformó mi percepción sobre la muerte.*

[...]

Puede ser un proceso muy doloroso, pero a veces gratificante, afectivo y liberador de emociones contenidas”

E.17: *“he tenido como unas 5 muertes, creo que es un número reducido de casos, muy espaciados en el tiempo y no he tenido especial impacto”.*

E.3: *“además he seguido con esa idea siempre que la gente según se muere, te sigue oyendo”*

4.1.7. Creencias religiosas

En el momento de la pregunta “¿crees que la religión (tus creencias) te ha servido de ayuda para afrontar mejor la muerte?”, la totalidad de los entrevistados manifiesta haber sido educados como cristianos, católicos. Sin embargo, en la actualidad 23 de ellos (76.6%) se consideran no creyentes, por lo menos en lo relacionado con la Iglesia. Los creyentes afirman sentirse reconfortados por su fe en las situaciones de duelo.

E.9: *“ creer en la existencia de algo después de la muerte ayuda porque disminuye el sentimiento de pérdida. Si no compartes esas ideas es más difícil”*

E.11: *“ sin duda alguna, creer en algo te permite transformar el dolor y entender el para qué tanto dolor”*

E.10: *“creo que sí. Depende de tus creencias verás y afrontaras la situación mejor o peor”*

4. RESULTADOS

E.8: *“Yo te puedo decir que a raíz de empezar en el hospital de estudiante y luego como profesional, no es que fuese muy creyente, pero bueno, lo típico, nos han educado en la religión católica y a raíz de ahí, dejé de creer, me volví atea, pero vamos, atea radical”*

E.19: *“No, fui criado y educado en el cristianismo, pero soy totalmente ateo. No practicante, no tengo ningún tipo de creencias religiosas, para eso no”*

E.24: *“creo que la religión ayuda a enfrentarse a la muerte, reconforta a aquellos que creen en Dios. No es mi caso. No soy creyente”*

Ninguno de los entrevistados manifiesta conocer la religión del paciente al que atienden, ni que en su experiencia esto haya afectado a las necesidades de los mismos ante la muerte. Comentan que no le han dado importancia. Si hay preocupación en lo relacionado con la dieta y, en caso de los testigos de Jehová, con las transfusiones sanguíneas.

4.1.8. Desarrollo de mecanismos de defensa para el afrontamiento

A la pregunta de si creen haber desarrollado un mecanismo de defensa, con la finalidad de no sentirse afectados por la muerte, encontramos que la mayoría declaran no haber desarrollado ningún mecanismo de defensa. Otros se dan cuenta durante la misma entrevista de que si lo han desarrollado, independientemente de si se han sentido afectados en su primer contacto o no.

E 14: *“Ver la muerte como parte de la vida, ver la muerte como parte del cuidado de enfermería, ver la muerte no como un fin sino como un nuevo comienzo.”*

E.10: *“intento dejar de pensar en ello al finalizar el turno, quedando en mi pensamiento la ayuda prestada al paciente y familia en los últimos momentos”*

E.11: *“recurso a la espiritualidad para encontrarle sentido a esta experiencia tan trascendental”*

E.12: *“acepto y aprendo del proceso que se me presenta y analizo las emociones que siento con cada uno”*

E. 17: *“a lo largo de la vida, aprendí a ver la muerte como un proceso que forma parte de la misma. Me impacta más la reacción de la familia, en ese momento ofrezco mi ayuda.”*

E.20: *“si, ha sido una especie de sensibilización muy racional al respecto. Aceptarla como mecanismo de desenlace natural ante un compromiso grave de la vida”*

E.24: *“la visión de la muerte como parte del ciclo vital, su normalización. Este mecanismo no me sirve para casos de muertes prematuras, personas jóvenes... nunca dejará de afectarme (no me parece posible que deje de hacerlo)”*

E.3: *“cada persona puede tener una aceptación dependiendo de lo preparada que esté para llevarlo, que a lo mejor yo huyo un poco”*

E. 11: *“ Sí, los profesionales sanitarios están expuestos con mucha frecuencia a experiencias en relación a la muerte tanto con pacientes como con familiares y tienden, como mecanismo de defensa, a mecanizar las actuaciones relacionadas con ellas y el discurso ofrecido en cuanto a las emociones vividas, pero el manejo de ese dolor se hace dificultoso y tiende a transformar al enfermero de forma negativa pasando de un facilitador del tránsito en un inicio, a un mero espectador que solo interviene a nivel asistencial obviando la parte psicosocial la cuál puede ofrecer”*

E 5: *“sí, tratamos de blindarnos para que no nos afecte. Pero además se trata de tener un desarrollo personal, aparte de tener una formación fuera, se necesita un desarrollo para poderlo hacer.”*

4.1.9. Conocimientos previos

Con el fin de saber si unos conocimientos previos sobre el duelo y el afrontamiento del mismo hubieran podido influir en los resultados encontrados, durante la entrevista se preguntó si durante la titulación habían recibido alguna formación sobre ello y cuál era su opinión al respecto. Nos encontramos con que, según dónde se hubieran cursado los estudios había alguna formación al respecto, aunque muy superficial. Todos los

4. RESULTADOS

entrevistados manifestaban la carencia de una formación más amplia durante la etapa universitaria que les hubiera permitido saber cómo reaccionar ante situaciones de muerte y como dar apoyo a sus compañeros y familiares.

E.3:” *Ahora no recuerdo la secuencia exacta, pero sí que se nombraba, el proceso de perdida a los familiares, era de lo que se hablaba, no se enfocaba al personal de enfermería, solo lo que los familiares, pacientes...podían pasar ante el hecho de la muerte “*

E.5: “*sí. Es lo más duro que te encuentras en enfermería, el enfrentarte a la muerte, creo que debería haber algo, sí.”*

E.19:” *si los tuve, tarde, pero los tuve, lo que pasa es que eso fue posteriormente al suceso”.*

4.1.10. Necesidad de apoyo psicológico

Durante la realización de las primeras entrevistas, algunos participantes comentaban que echaban de menos la existencia en los hospitales de una Unidad de Apoyo Psicológico para el personal sanitario, pues en determinadas circunstancias, habían sentido necesidad de poder hablar sobre sus sentimientos con alguien que tuviera conocimientos del tema. Por ello en las entrevistas posteriores se incluyó la pregunta. La casi totalidad (excepto una) considera indispensable la existencia en los hospitales de dicha Unidad, no solo para los profesionales, sino también para dar apoyo a los familiares.

E.20:” *indudablemente es necesaria. El contacto permanente con la muerte podría generar cierta insensibilidad ante la vida y depresión en muchos casos”*

E.21:” *Sí, la muerte genera miedo, inseguridad, vulnerabilidad. Todas sensaciones y emociones que nos incomodan y producen malestar y culturalmente no estamos enseñados a incorporarlas con la naturalidad que deberíamos”*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

E. 24:” Sí. Como decía antes, hay casos en los que no podemos ver la muerte como algo normal, que nos afecta. A veces son necesarias herramientas psicológicas para, aun manteniendo la empatía, tener una actitud resiliente”

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

4. RESULTADOS

4.2. Datos emergentes

Durante la realización de las entrevistas, surgieron una serie de comentarios relacionados con diferentes circunstancias en el entorno de la muerte de los pacientes, y por las que los enfermeros se sienten afectados en mayor o menor medida. Entre ellas se encuentran el ensañamiento terapéutico, fenómenos extraños y el cambio de su sentir referente al miedo a la muerte.

4.2.1 Percepción de fenómenos y creencias tras la muerte

En el presente estudio se ha confirmado la prevalencia de creencias supersticiosas en relación a la muerte, sin ningún tipo de base científica, entre los enfermeros. Llama la atención ideas muy arraigadas, que los propios entrevistados afirman haber “confirmado”, o porque lo ha hecho alguno de sus compañeros: moscas que vuelan sobre la persona que va a fallecer (siempre un número impar) o el propio paciente que dice que ve a sus familiares fallecidos que le están llamando, son ejemplos notorios. Estas creencias parecen estar más acentuadas entre los profesionales que trabajan en las UCI, observación que también se ha hecho en otros hospitales como en el Virgen del Rocío en Sevilla. En este, en ocasiones la actividad asistencial es interrumpida por los profesionales ante la afirmación de determinados fenómenos que “no tienen explicación.” (Núñez y Pérez, (2008).

4.2.2 Ensañamiento o limitación del esfuerzo terapéutico

El ensañamiento terapéutico tiene un peso importante para los enfermeros, considerando cruel que, en un intento de prolongar la vida del paciente, se alargue su sufrimiento cuando la muerte es ya inevitable. La patología que padece la persona a cargo de los enfermeros no solo implica la imposibilidad de curación, sino sobre todo continuar con una cierta calidad de vida. En estas situaciones, los profesionales no

entienden la necesidad de hacer analíticas diarias, así como otras pruebas complementarias que no aportan ningún beneficio al paciente.

Este tema se desarrolla más en la discusión, en relación a las creencias religiosas pues es algo que afecta a todas ellas.

4.2.3. Miedo a la muerte

Todos los enfermeros coincidieron en no temer a la muerte en sí. Se teme más al dolor y al dejar de ser autónomo, temores que alcanzan una proyección personal. Por este motivo se declaran partidarios del testamento vital, y así lo comunican a sus familiares, como nos cuentan:

E 5: *“Lo que me daría miedo es el sufrimiento, tener mucho dolor”*

E 19: *“Me da un poco de pavor los cuidados que se me puedan prestar durante la última fase de mi vida, eso sí que me da un poco de pavor, básicamente por el sistema sanitario, pero miedo a la muerte no, es algo fisiológico y no”.*

E 4: *“No me gustaría depender de nadie, no sería capaz de soportarlo. Ahora, no sé si en un momento dado cambiaría. El perder tu independencia ...preferiría automáticamente una sedación general y adiós buenos días, así de claro”.*

En general, los resultados indican que el primer contacto con la muerte se ha tenido principalmente en la época de realización de los estudios de la titulación, no sintiéndose muy afectados por ello en su mayoría, aunque si con posterioridad, En ello ha influido sobre todo la edad del paciente y su contacto previo con él. Los sentimientos más destacados son ansiedad, ira, tristeza, rabia. Consideran que la religión no influye en cuanto a su aceptación y echan de menos unos conocimientos previos que les pudiera haber ayudado a comprender y manejar esos sentimientos. También valoran el beneficio de tener una persona de referencia, psicólogo, con el que poder hablar, no solo en la citada fase inicial de sus carreras, sino a lo largo de su labor

4. RESULTADOS

profesional. Manifiestan no tener miedo a la muerte, pero sí al sufrimiento, dolor y depender de otra persona para todo.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

5. DISCUSIÓN

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

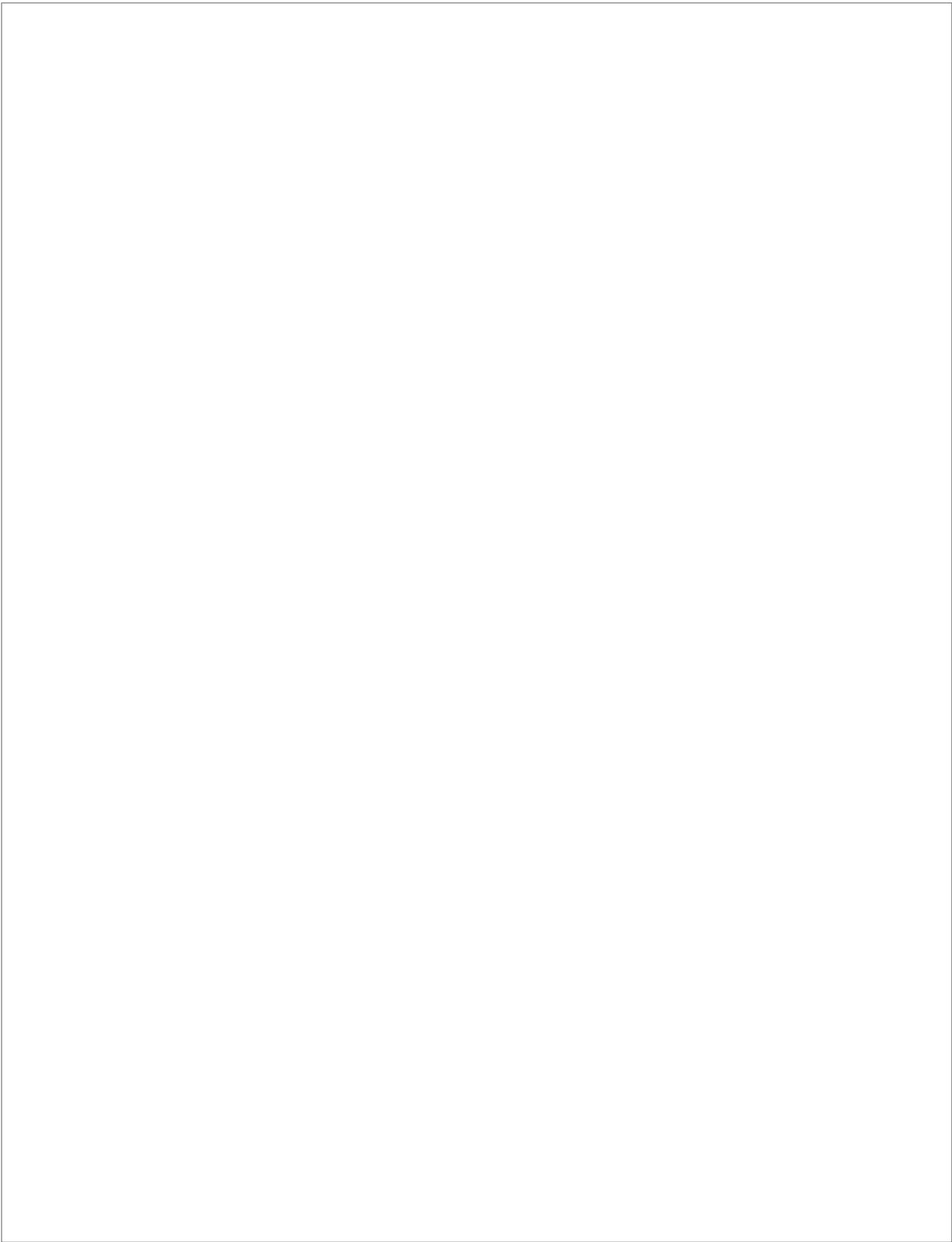
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

5. DISCUSIÓN

5.1. Los enfermeros y su percepción de la muerte

Los enfermeros hacen alusión a la formación académica recibida durante sus estudios de enfermería sobre el proceso de muerte, y refieren que ha sido nula o casi nula. Esto se corresponde con lo manifestado por diferentes autores, citados por (Cunha, 2012), cuando afirman la existencia de una formación biomédica marcada por el desarrollo de la técnica, respecto al proceso de morir y la prolongación de la vida. Esto hace que la percepción de los enfermeros sobre la muerte esté influenciada sobre todo por el entorno donde han tenido su primera experiencia. La muerte es comprendida como una etapa natural, que forma parte de la vida y que tiene unas connotaciones que difieren dependiendo de los aspectos religiosos y personales de cada uno.

Debido a esta ausencia de formación y preparación adecuada sobre el tema de la muerte, los enfermeros acaban por imitar y asumir la práctica hospitalaria existente, la cual no es muy diferente de su formación académica. Así defienden García-Campayo y Sanz-Carrillo Jiménez (citados por Cunha, 2012), cuando afirman que el modelo biomédico es predominante en el sistema sanitario y que influye en la conducta de los profesionales que lo integran.

Los enfermeros están expuestos a la muerte de pacientes a su cargo, encontrando en ocasiones dificultad para encararla como parte integrante de la vida, al sentir en algunos momentos que la misma es como consecuencia de un fracaso terapéutico. El estudiar el proceso de salud-enfermedad-muerte en las diferentes culturas proporciona una mejor comprensión de los propios valores y creencias ante la muerte y el proceso de morir, así como también de acciones y actitudes relacionadas con lo que diariamente pueda influir en la vida tanto personal como profesional.

5. DISCUSIÓN

Hay una necesidad de hablar de ello, como nos manifiesta E6

“Suelo hablarlo siempre con mi hermana pequeña, no es enfermera si no simplemente ama de casa y yo le cuento...ufff “

O por E3

“no con la familia no, con mis compañeros de trabajo sí, porque al final en pediatría todo eso es un duelo, nos ponemos todos a llorar, es un duelo general, nos apoyamos unos a otros “

que concuerda con lo dicho por Souza

“Ante esta constatación, surge entonces la necesidad de los enfermeros de romper el silencio y atreverse a hablar de sus dolores, miedos, luto que debe ser elaborado a fin de que sus demandas sean mejor atendidas

[...]

es importante que ellos permitan entristecerse y no se sientan culpables”

5.2. Limitación del esfuerzo terapéutico

Es de destacar la importancia que dan los enfermeros entrevistados al derecho a morir sin ensañamiento terapéutico, también conocido como distanasia o encarnizamiento terapéutico. Aunque a nivel social existen actualmente campañas de humanización de la sanidad, (la creación de unidades de cuidados paliativos) dentro del mismo hospital la realidad es diferente La tendencia a estas prácticas se nota sobre todo en los médicos más jóvenes, lo que es percibido por los enfermeros de forma negativa.

E.19: “y sobre todo por parte de los licenciados en medicina, es una cosa de encarnizamiento terapéutico sí o sí. Yo no entiendo por qué hay alguien que tiene que morir con dos antibióticos, dos seguriles, un urbasón, no entiendo por qué hay que cogerle una vía central, una sonda vesical...a alguien que le quedan 3-4 semanas de vida, no lo entiendo [...]. Desde mi punto de vista deberían ser cuidados de confort desde el punto de vista de enfermería [...] los médicos no son capaces de decir hasta aquí, hasta aquí llevo y el resto son cuidados paliativos, cuidados de confort”

E 5: “ero me acuerdo de pensar “por Dios, que la dejen ya tranquila y vamos...hasta el último momento pinchando...”

En ocasiones, también se puede considerar que los familiares tienen una parte de responsabilidad en el ensañamiento terapéutico.

E.19: “lo que veo a diario es que la familia cada vez demanda más procesos, más técnicas, más pruebas, no son conscientes de que la vida se acaba, entonces demandan más pruebas para mantener a su familiar un mes o dos meses más.”

Esta misma inquietud, se ha podido encontrar en trabajos de investigación realizados por enfermeros

“La actitud de los médicos: algunos son totalmente partidarios de prolongar la vida mientras sea posible, no aceptando la eutanasia pasiva, la cual está moral y legalmente permitida; otros creen que, una vez establecida la enfermedad terminal, debería mantenerse al paciente cómodo, sin adoptar “medidas extremas”, para prolongar la vida. Esta segunda actitud es la correcta, pero los profesionales de Enfermería tienen grandes problemas para interpretar lo que significa “no adoptar medidas extremas”, ya que parece similar a “no hacer nada”. Esta actitud de “no hacer nada”, preocupa ciertamente a muchos profesionales, pues creen que significa acelerar la muerte; por lo tanto, pueden contribuir a la misma al descuidar las cosas necesarias para mantener la vida. De esta forma, existe una oposición a convertirse en un instrumento de la muerte por delegación médica” (Yagüe,1994)

“Instituciones hospitalarias en general, y las UCI en particular, no se adaptan a la realidad social y sanitaria existente con respecto al fenómeno cada vez más frecuente de la muerte hospitalaria, y que esto produce un alto grado de insatisfacción entre los profesionales sanitarios, las familias y los propios pacientes” (Gálvez González,2010)

Yagüe y Rodríguez (citados por Ortega (2012) destacan que, tras la promulgación de la Ley de Garantía y Derechos en el Proceso de la Muerte, la Enfermería garantiza los derechos de los pacientes, especialmente en lo concerniente a la limitación del esfuerzo

5. DISCUSIÓN

terapéutico: *“el criterio de las enfermeras será utilizado en la práctica clínica, tanto de forma implícita como explícita, como así lo describe los artículos de la Ley relacionados con los derechos de las personas ante el derecho de la muerte y los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en el proceso de muerte”.*

En los resultados de este estudio pueden encontrarse similitudes con los ya observados en un artículo de Ana M^a Medina (Nightingale & Co. 2015) titulado *“Las enfermeras que lloran”*. En él aparece una imagen fotográfica, en la que se ve a tres enfermeras apoyadas en la pared, del pasillo de hospital, llorando. Una de ellas se tapa la cara con las manos, dando la sensación de que la situación le ha sobrepasado y teme la manifestación de su sufrimiento. Se desconoce la causa por la que lloran, pero lo que abre la barrera entre ellas y nosotros es su capacidad para el llanto, de compartir el dolor con el otro.

En el mismo artículo, leemos:

“En estos días, parece que la atención sanitaria gira en torno al cuidado altamente tecnificado y especializado. El personal sanitario se preocupa mucho por dominar la técnica [...] En ocasiones, el desarrollo científico- técnico de nuestra profesión puede constituir una barrera frente a la persona que sufre, no queremos tener en cuenta sus necesidades queremos decidir por ellos [...] Cada vez en mayor número, se alzan grupos de trabajo que intentan conseguir el compromiso de los profesionales en cuanto a la humanización del cuidado [...] La saturación del trabajo, la rapidez y la exigencia con la que nos exige atender a los enfermos, el alejamiento emocional que nos hará capaces de pensar con más claridad y profesionalidad (supuestamente), todo esto nos aleja de saber que la persona a la que cuidamos existe y es como nosotros [...] Nos coarta sobre todo el miedo al sufrimiento, pensar que si rompemos la línea emocional con el que padece junto a nosotros, podemos entrar en momentos de desesperación “.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Lo que coincide con lo manifestado por

E2: "cada paciente es un mundo y cuando se mueren nos dejan una cicatriz, más o menos profunda, algunas alegres y otras tristes y me siento orgullosa de cada una de ellas."

E.9: "me encanta esta profesión que me da alegrías y tristezas. Los enfermeros lloramos y en muchas ocasiones nos llevamos a casa angustias, tristezas, ansiedades. Creo que lo primordial es procurar a los pacientes el mayor confort posible, lo que no siempre puede ser. Lo más difícil es mantener el equilibrio entre la humanidad y el exceso de empatía."

E .27: "llorar y empatizar con el paciente es bueno, pero una vez que ha fallecido hay que enterrar esos sentimientos y acortar el duelo pues de otro modo estamos abocados a tener depresiones pues no contamos con un apoyo psicológico que nos ayude."

E 17:" también hay que destacar que una mayoría de los nuevos enfermeros son más partidarios de las técnicas lo que les hace más fríos, lo que les importa es cumplir en tiempo y forma olvidándose que trabajan con personas que están en una situación de vulnerabilidad. Creo que se debe estar a la vanguardia en cuanto a conocimientos, pero no debemos deshumanizarnos."

Es necesario proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona enferma frente al tecnicismo excesivo que en muchas ocasiones logra solo prolongar el momento de la muerte.

Observaciones de carácter cultural religioso relevantes a este respecto pueden hacerse, por ejemplo, desde el judaísmo ortodoxo, en el que la reflexión rabínica considera permisible infringir todas las leyes de la Tora con el propósito de salvar la vida. Solo autoriza excepcionalmente a interrumpir algunos de los métodos, (llamados heroicos), empleados para prolongar artificialmente la vida, en determinados casos de muerte inminente. (Betancourt y Rivero 2015). Por su parte, la tradición católica afirma que es permisible suprimir ciertos tipos de tratamientos médicos o abstenerse de administrarlos a los pacientes moribundos. Los puntos de vista de los protestantes en

5. DISCUSIÓN

relación a los tratamientos para prologar la vida son muy diversos, en relación con la libertad del creyente. (ib)

5.3. Afrontamiento y duelo

Aunque en la búsqueda bibliográfica realizada para este trabajo de investigación, no se ha encontrado nada que haga referencia a un primer afrontamiento de la muerte, si se ha podido observar que la misma es objeto de interés por parte de enfermería en diferentes países, debido a la implicación emocional que conlleva esta profesión para con los pacientes y familiares. Se puede decir, que la muerte provoca diferentes reacciones entre los enfermeros, siendo las mismas en la mayoría de los casos, independientemente de cómo haya sido ese primer encuentro con ella.

Los servicios hospitalarios en los que más se ha estudiado el afrontamiento y el duelo, han sido las Unidades de críticos, urgencias, pediatría y últimamente cuidados paliativos, pudiéndose observar que, al igual que en el estudio realizado para esta investigación, la franja de edad en que la muerte afecta más a los enfermeros es la infancia y adolescencia.

Los sentimientos manifestados son los mismos que los sentidos la primera vez que se tuvo contacto con la muerte, modificándose poco a lo largo de su trayectoria asistencial.

“Que en el enfrentamiento de la muerte y el proceso de morir por el enfermero emergen sentimientos como: impotencia, angustia, sufrimiento, tristeza, miedo.”
(Souza,2013).

“En la UCI, la gestión del morir está mediada por el imperativo tecnológico y el profesional médico; sin embargo, son las enfermeras las que permanecen a pie de cama, en contacto directo con los pacientes. Esta controvertida situación provoca una serie de sentimientos y emociones negativas tales como: disgusto, impotencia, desesperanza, resignación, frustración, tristeza y decepción”.
(Gálvez González, 2010).

El término de alexitimia, que define *la ausencia de palabras para expresar las propias emociones fue* introducido por Peter E. Sifneos en 1973. Este autor argumentó que, ante situaciones interpersonales en las que es necesario el manejo emocional, en caso de no tenerse los recursos necesarios para hacerles frente, aumenta el estrés y la frustración, por lo que se tiende a afrontar el conflicto impulsivamente o evitándolo.

Sifneos estableció dos tipos de alexitimia (Pedinielly y Pouan, 2001), (citados por Alvarado Cortés 2013). El primero hace referencia a una alteración neurobiológica, mientras que el segundo sería consecuencia de una situación traumática o muy estresante, donde la alexitimia se desarrolla como mecanismo de afrontamiento. En estos casos, la persona inhibe la respuesta emocional, que es demasiado intensa y dolorosa, a través de estrategias de evitación en el proceso de adaptación a la situación para controlar la angustia derivada del significado emocional.

En las personas que inhiben sus emociones como mecanismo de defensa del duelo, irá desapareciendo la alexitimia a medida que pasen el duelo.

Así nos encontramos con el testimonio de los enfermeros de una UCI, que reconocen que el contacto diario con la muerte de sus pacientes origina determinadas reacciones ante la misma, hecho que se ha confirmado también en el presente trabajo.

“Además, la frecuencia con la que vemos morir enfermos puede llegar a “endurecernos” en cierta manera e incluso puede llevarnos a trivializar este desenlace.

Para todos los enfermeros supone un reto el poder desenvolvernos en situaciones de sufrimiento ajeno sin implicarnos emocionalmente hasta el punto de ver afectada nuestra actuación, y a la vez ser sensibles a las necesidades de nuestros pacientes y sus allegados para que nuestra labor les reporte mayor beneficio.

A veces es difícil diferenciar una actitud no afectada pero sensible y atenta, de una cierta frialdad y distanciamiento a que nos conduce la rutina. Esta diferencia en nuestro acercamiento también se presenta cuando atendemos a un paciente

5. DISCUSIÓN

terminal, siendo una situación especialmente delicada por la carga emocional implícita.”

Este alejamiento emocional de los enfermeros hace que la percepción general de los pacientes y los familiares sea de frialdad e insensibilidad, hecho que en la mayoría de las ocasiones se aleja totalmente de la realidad. Conocer al paciente, y mantener una relación empática con él, hace que su muerte afecte más al profesional, como manifiestan los enfermeros que trabajan en diferentes unidades. Se vive más intensamente el dolor y el sufrimiento del paciente, confirmando los datos obtenidos de los enfermeros entrevistados en Lanzarote.

Un hecho que sobresale cuando se habla del afrontamiento de la muerte, es el relacionado con la experiencia profesional. Se observa que, al inicio de la incorporación a la labor asistencial, una vez finalizados los estudios, hay una mayor implicación emocional con el paciente y la familia y se utilizan menos recursos para afrontar la muerte, en la mayoría de los casos por desconocimiento de los mismos. Ello provoca una mayor afectación emocional que no siempre se va paliando con el tiempo, a veces incluso vuelve a estos profesionales. más sensibles; la adquisición de mecanismos de afrontamiento hace que se lleve de una manera diferente.

La etnicidad y la religión habitualmente van entrelazados. La religión puede ser la base de los valores, creencias y prácticas de una persona también de las relacionadas con la salud. Sirve como guía para su vida diaria, sus relaciones interpersonales, su alimentación y por supuesto a la forma de interpretar la enfermedad y a la muerte. No nos extraña cuando en el hospital se ven imágenes religiosas en las mesillas de noche de los pacientes. Como parte de una población mayoritariamente cristiana de tradición, el hecho se normaliza, independientemente de que se comparta o no esa creencia. Sin embargo, aunque cada vez más se habla del cuidado cultural, las semejanzas y diferencias concretas deben ser conocidas y comprendidas por los enfermeros para

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

poder prestar unos cuidados coherentes. De lo contrario se pueden producir situaciones como la que comenta Garzón (citada por Almendros), de lo acaecido en un hospital cuando al ir a repartir la medicación a las 6 de la mañana se encontró a su paciente tendido en el suelo. Su instinto fue levantarlo rápidamente y mantenerlo en pie. El paciente se asustó, era musulmán y estaba rezando.

5.4. Necesidad de conocimientos

En un alto porcentaje de los trabajos encontrados sobre la muerte, así como en el transcurso de la presente investigación, los participantes expresan no tener la formación adecuada sobre el tema, apreciando unos niveles más altos de ansiedad en aquellos profesionales que carecen de una formación previa. La formación académica recibida es básicamente técnica, general y objetiva sin preparación sobre el proceso de morir, la muerte y los cuidados al final de la vida.

La O.M.S. refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.

La muerte es una constante en el quehacer laboral de los entrevistados y sin embargo parece excluida de los currículos académicos (Kovacs,2003; Kübler-Ross,2005; Rio-Valle 2007; Cunha 2012). Aunque los cuidados paliativos han contribuido en parte a fomentar la humanización en los hospitales, no se encuentra como asignatura dentro de la titulación en la mayoría de los programas docentes.

Diversos autores, (citados por Cunha, 2012), comparten que los enfermeros pasan por las mismas etapas psicológicas que una persona o familiar, al enfrentarse a un proceso de muerte, y que, al no estar preparados y formados para afrontar dicha

5. DISCUSIÓN

situación, esta acaba por conducirles a una situación de estrés laboral y problemas emocionales.

La ausencia de acciones dirigidas a proteger a los profesionales sanitarios, es destacada en sus estudios por Chiattonne (2002), quien señala que es competencia del psicólogo trabajar las alteraciones emocionales del personal sanitario frente al proceso de muerte. Esto es algo que en la actualidad prácticamente no ocurre en los hospitales generales, estando los profesionales de psicología relegados a las unidades de psiquiatría y salud mental, y quedando los profesionales con una carencia de apoyo a nivel emocional.

Como excepción a esta norma general, se ha encontrado un hospital, el “Virgen de la Victoria” en Málaga en el que se oferta un curso de afrontamiento de situaciones conflictivas, pero una mayoría de enfermeros reconoce no haberlo realizado.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares a los expuestos por Carmona (2003) quien afirma que los sentimientos más relevantes son los de: negación, impotencia, frustración, angustia, desespero, llanto, huida y tristeza. El hecho de no estar preparados para abordar de manera efectiva al paciente que sufre un duelo anticipado por la proximidad de la muerte o al familiar que vive el fatal desenlace, así como el hecho de revivir los propios duelos, hace que los enfermeros nos veamos envueltos con frecuencia en situaciones que ponen en riesgo la salud física y mental.

Esta falta de formación justifica, como hemos resaltado a lo largo de este trabajo, la creación de una asignatura en la titulación de enfermería en la que se enseñe no solo como tratar a pacientes y familiares durante el proceso de muerte (con independencia de su cultura y religión), sino también a asumir la propia muerte. Este importante objetivo permitiría disminuir la actitud negativa ante ella que los enfermeros puedan albergar tanto en su labor profesional como en el ámbito personal, lo que contribuiría a mejorar los cuidados durante ese proceso.

5.4. Temas emergentes

Durante la realización de esta investigación salieron a relucir algunos temas que no estaban previstos inicialmente, pero que guardan relación con el objetivo de la misma y los crean sentimientos posiblemente difíciles de entender para personas ajenas a la profesión como nos comenta E6:

E6: *“por fin, por fin murió. Algunas amigas me dicen que soy muy ruinita, porque deseo la muerte de algún paciente y les digo, no sé si seré mala o no, pero una chica de 44 años con Ca de mama, metástasis por todos los sitios, en la cama sin girarse, llena de úlceras es que...yo no la quería ver así, estaba muerta en vida, no se movía, ni hablaba, no, no, no. [...] Creen que me molesta ir al domicilio y que quiero que se muera para no tener que ir, no entienden que es muy distinto. Quiero que deje de sufrir”*

Ese mismo pensamiento en ocasiones le hace dudar, pensar ni no será una mala persona por deseárselo. Pero, ¿Quién no se ha encerrado en algún sitio a llorar? Los enfermeros somos humanos y estamos humanizados.

La Universidad de Barcelona, consciente de esta situación sentida y manifestada por personal sanitario, ha creado un Postgrado en *Gestión de las Emociones y Relaciones en el Entorno Sanitario* cuyo objetivo es de inculcar los conocimientos necesarios para adquirir las competencias emocionales precisas relacionadas con la evolución tecnológica en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, en las que es fundamental no perder el contacto humano.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

5. DISCUSIÓN

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

6. CONCLUSIONES

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

6. CONCLUSIONES

La mayoría de los enfermeros entrevistados tienen su primer contacto con la muerte siendo estudiantes, durante la realización de sus prácticas hospitalarias y sin haber tenido contacto previo con los fallecidos, por lo que su impacto emocional es en ocasiones mínimo. Sin embargo, en algunos casos esta experiencia sí fue impactante y tuvo una repercusión posterior, lo que nos señala la importancia de las circunstancias de ese primer contacto y de los conocimientos previos de cada individuo sobre la muerte.

No se ha encontrado una gran diferencia entre los entrevistados que se han sentido afectados de alguna manera en su primer contacto con la muerte con los que no, pero todos recuerdan cuándo y cómo fue. Comentan, que fallecimientos posteriores, sí les han afectado, aunque no hayan tenido un contacto previo con el paciente.

Las emociones que más manifiestan son ansiedad, miedo, impotencia, ira, incredulidad.

Los sentimientos de los enfermeros con las personas en proceso de morir interfieren generalmente en su relación y actuación posterior. Ante esta situación se emplea el distanciamiento afectivo y la negación. Con posterioridad, la mayoría reconoce que es un proceso natural y que son capaces de asumirlo mejor, aunque afirman que les afecta más si el fallecimiento es de un adolescente o un niño.

Hay una tendencia entre el personal de enfermería, de la que son excepción los que trabajan en las Unidades de Paliativos, a alejarse de la persona que va a fallecer, con el fin de evitar la fuerte carga emocional. En determinadas circunstancias se llega a la depresión y/o burnout, requiriéndose la ayuda de un profesional para superarlo.

6. CONCLUSIONES

En la necesidad que han sentido de hablar de esa experiencia con alguien, hay similitud en las respuestas de los enfermeros, siendo sus propios compañeros y/o familiares los elegidos, pues consideran que estos les podían comprender mejor.

La experiencia laboral les ha servido para aceptar el acontecimiento como un hecho normal y, en general, son sus creencias más que sus conocimientos lo que les ha ayudado en su quehacer cotidiano.

La relación que se establece entre los enfermeros y los pacientes a su cargo, el verles deteriorarse día a día, sabiendo que su final está más o menos cerca pero lleno de sufrimiento, hace que se desee su muerte para poner fin a su sufrimiento. Sentimiento que les hace sentirse culpables, siendo la sensación en el momento final de contradictoria: de paz y remordimiento al mismo tiempo.

Una de las dificultades detectadas en nuestra investigación es el déficit formativo, compartido con otros estudios, lo que evidencia la necesidad de formación específica. A este respecto no hay diferencia entre los enfermeros formados hace más de 10 años con los recién egresados en relación a la muerte y el morir. Debido a esta escasez de conocimientos, muchos enfermeros han realizado un autoaprendizaje mediante la realización de cursos específicos. El tener una preparación previa sobre el duelo, sus fases y forma de afrontarlo, es muy positivo en su manejo posterior del proceso, por lo que son necesarias propuestas de intervención en este sentido. La preparación profesional se refleja en una asistencia más efectiva para el paciente y con menos estrés para los enfermeros.

En cuanto a la religión, aunque los entrevistados han sido educados en la religión católica, un gran número de los mismos se considera actualmente no creyente. Sin embargo, los que siguen considerándose religiosos afirman que su fe les ayuda, a encontrar la fuerza necesaria para aceptar la muerte. Todos consideran la importancia de respetar las creencias de los pacientes, aunque muy pocos la conocen.

Aunque no estaba previsto en la investigación previa durante la misma se evidenció que uno de los hechos que más afecta a los profesionales de enfermería es la limitación del esfuerzo terapéutico por parte del personal de salud. Ello es a menudo causa de que el paciente no tenga una muerte digna, reconociendo los encuestados que en alguna ocasión estas prácticas son solicitadas por los propios familiares. Son partidarios del testamento vital y que sea el enfermo el que decida cómo quiere que le traten en esas circunstancias. Todo ello afecta emocionalmente al personal sanitario. En la actualidad se están creando asociaciones que defienden la humanización de los cuidados, sobre todo en las unidades de críticos.

Todos los participantes han considerado positivamente la conveniencia de que exista una unidad de apoyo psicológico para el personal en los centros sanitarios.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

6. CONCLUSIONES

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

BIBLIOGRAFÍA

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

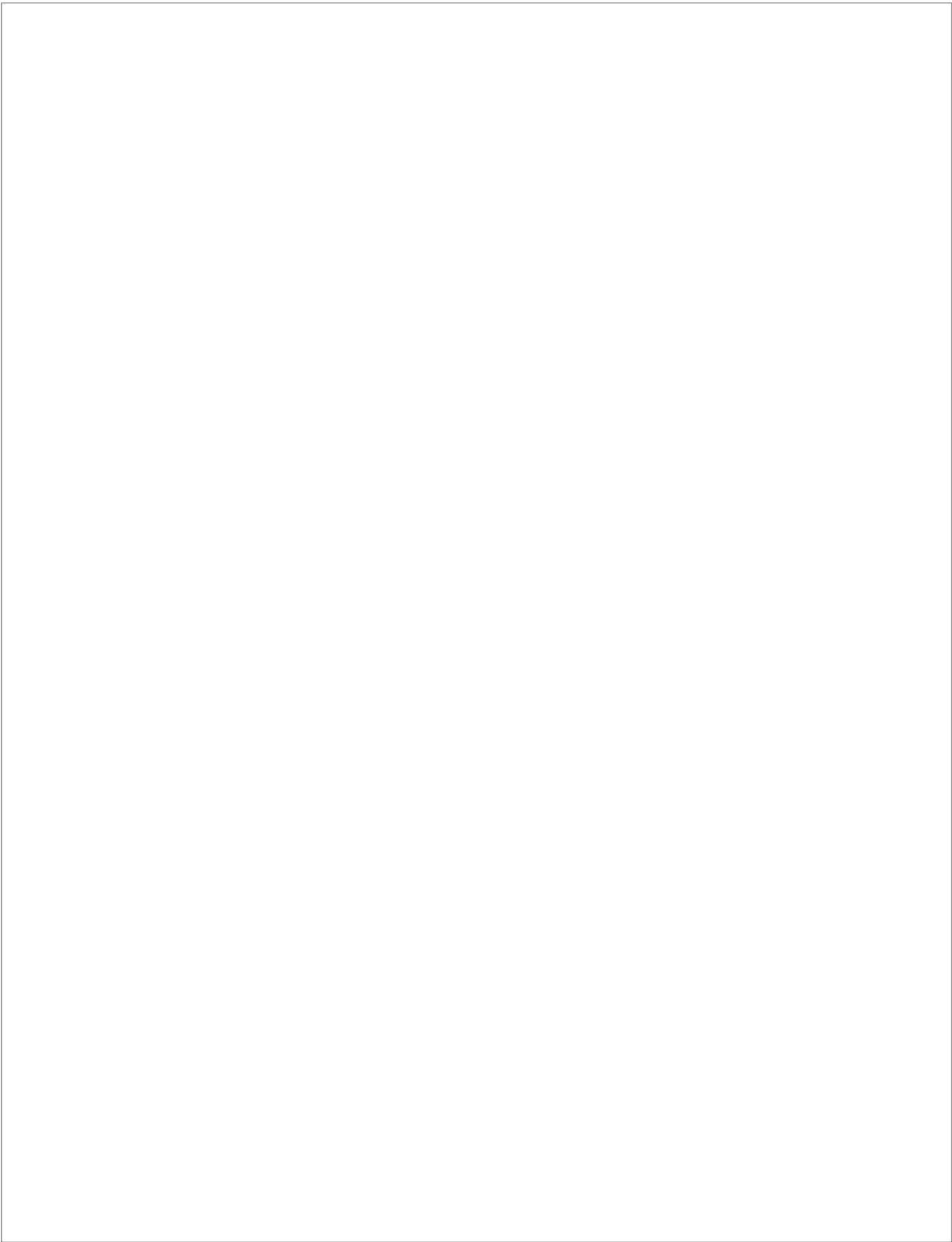
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado Cortés, R. (2013) Duelo y alexitimia. Rev. Digital de medicina psicosomática y psicoterapia. 3(2): 1-13.
- Amezcuca, M.; Carricondo, A. (2000). Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Índex de enfermería*, 28(29):26-34. Disponible en <http://www.index-f.com/cuali/CUALIESP.php>
- Aneca. (2005) Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería. Madrid. Disponible en [http:// www.aneca.es](http://www.aneca.es)
- Antonin, M.; Tomás Sábado, J. (2003). Construcción y validación de la escala de actitud ante la inmigración en enfermería. *Índex de Enfermería*. Año XII (42):90.
- Arias, M.M; Giralddo, C.V. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest. Educ.Enferm*, 29(3): 500-14.
- Aries, P. (2002). Historia de la muerte en occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona. El Acantilado.
- Bacote-Campinha, J. (1999). A model and instrumental for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*; 38 (5): 203-210.
- Barrientos Ayala, E.; Castillo Méndez, M. F.; Ghelman Portnoy, M. (2012). La muerte en las diferentes religiones. <https://prezi.com/o528oh3tzcsq/la-muerte-en-distintas-religiones/>
- Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca
- Behar Pérez, D. (2003). Un buen morir: encontrando sentido al proceso de la muerte. Ed. Pax Mexico.
- Betancourt Betancourt, G.J.; Rivero Castillo, J.A. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. *Humanidades Médicas* 15(1):145-162.
- Bravo Mariño, M. (2006). ¿Qué es la tanatología? *Rev. Digital Universitaria* 7(8):2-10
Disponible en [http:// www.unam.mx/viol7/num8/art62/art62.htm](http://www.unam.mx/viol7/num8/art62/art62.htm)
- Bixat, X. Investigaciones filosóficas entre la vida y la muerte. 1852
- Bregel Gabaldón, F. (2004). Hablando de la muerte en el aula. 21, 11
<http://www.enfermeria21.com/educare>
- Brito Brito, P.R.; Jiménez, A. (2006). El morir y la muerte bajo el prisma de los profesionales sanitarios. *Canarias Médica y Quirúrgica*. 4(10):9-12.
- Boff, L. (1981). Iglesia, carisma y poder: ensayos de eclesiología militante.
- Bonill de las Nieves, C.; Celdrán Mañas, M. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Índex de Enfermería*, 21(3):160-164
Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>

BIBLIOGRAFÍA

- Busquets Durán, F.X.; Pujol Sabanet, T. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Rev. Medicina Paliativa* 8(3): 116-19
- Campinha-Bacote, J. (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 181-184
- Carmona, Z.; Bracho López, C. (2008). El sentir de médicos y enfermeras ante el duelo y la muerte del paciente. *Portales Médicos*. Disponible en www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1138/1/El-sentir-de-medicos-y-enfermeras-ante-el-duelo-y-la-muerte-del-paciente
- Carmona Berrios, Z.E.; Bracho de López, C.E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2):14-23
- Carvalho, Maria.Villas.Boas. (2005) O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer. Una actitude fenomenológica. *Rev. Latino-am Emfermagem*. novembro-dezembro; 13(6): 951-9.
- Castanedo Córdoba, I.M.; Suarez Solana, C.; Vivar Molina, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente*, 91:16-18.
- Celma Perdigón, A.G.; Strasser, G. (2015) El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Revista de Saude Colectiva*. Rio de Janeiro, 25(2): 485-500.
- Chocarro González, L.; González Fernández, R.; Salvadores Fuentes, P.; Venturi Medina, C. (2012) *Medicina Paliativa* 19(4): 148-154
- Colell Brunet, R. (2005). Análisis de actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Comelles, J.J.; Bernal, M. (2007) El hecho migratorio y la vulnerabilidad del Sistema sanitario en España. *HUMANITAS. Humanidades médicas* 13: 12-21
- Cunha, E. (2012). El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Cruz Quintana, F., García Caro, M.P., Schmidt, J., Navarro, M.C. y Prados, D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Rol de Enfermería*, 24: 664-668.
- Da Silva Britto,E.; Pimenta Carvalho, A.M. (2004). Stress. Coping (enfrentamiento) y salud general de los enfermeros que actúan en unidades de terapia intensiva y problemas renales. *Enfermería Global*, 3(1):1-10.
- De Miguel, J.M. (1995). "El último deseo": para una sociología de la muerte en España. *Rev. Española de Investigaciones Sociológicas*, 71(72): 109-116 Disponible en <http://www.jstor.org/stable/40183865>
- Díaz, P.; Losantos, S.; Pastor, P. et al. (2014). Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios. Madrid. Fundación Mario Losantos del Campo.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Díaz Martín, Yanet. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. Humanidades Médicas, 10(1), disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100007&lng=es&tlng=es.

Díez de Velasco, F.; Galván Tudela, J. (s/f) Religiones minoritarias en canarias. Perspectivas metodológicas. Instituto Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de La Laguna.

Díez de Velasco, F.; Verona, N.; Rodríguez, R. *et al* (2008). Religiones entre continentes. Minorías religiosas en Canarias. Edit. Pluralismo y Convivencia. Universidad de La Laguna

Erikson, F. (1986). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En Wittrotck, M.C. La investigación en la enseñanza II. Métodos cualitativos y de observación. Barcelona: Paidós-M.E.C (195-301).

Escamilla Hinojosa, P.F. (2007) Proceso tanatológico ante el paciente en fase terminal. UAEH. Biblioteca Digital. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1630>

Espindula, J.A.; Martins do Valle, E.R.; Ales Bello, A. (2010). Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(6): [08 pantallas] www.eerp.usp.br/rlae

Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Cuaderno de prácticas de motivación y emoción (pp. 189-206). Ediciones Pirámide.

Fernández Oliver, A.L.; Mgueraman Jilali, R.; Rojas Mata, M. (2011) Enfermería sin fronteras: "Enfermería y el paciente musulmán". Enfermería Docente; 94:16-21

Frutos Martín, M.; Iglesias Guerra, J.A.; Frutos Martín, J.M.; Calle Pardo, A. (2007) Enfermería Global 6(1):1-14

Gafo Fernández, J.; Tarquis Alfonso, P.; Tatarí, R.; Toralba Roselló, F. (2000).

Bioética y religiones: el final de la vida. Universidad Pontificia de Comillas.

Gala León, F.J et al. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de medicina forense. 30, 39-50.

Gálvez González, M.; Ríos Gallego, F.; Fernández Vargas, L *et al*. (2011) El final de la vida en la unidad de cuidados intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. Enfermería Intensiva 22(1): 13-21

García Hernández, A.M.; Rodríguez Martín, A. (2007). En torno al duelo y sus significados. Rev. Tanatos (10):9-11.

García Hernández, A.M. (2008). Repensar la muerte: hacía un entendimiento de la antropología de la muerte en el marco de la ciencia. Rev. Cultura y religión, 2(1): 1-18.

García Hernández, A.M. (2010). El significado de perder un hijo: la construcción discursiva del duelo de padres y madres. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.

García Hernández, A.M. (2012). El duelo. Un espacio intermedio de aprendizaje en la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- García, V.; Rivas, R. (2013). Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y Enfermería XIX* (2):111-124
- Garzón Borgoño, L.; Guillaumet Olives, M. (2014) El final de vida en la cultura islámica. *Metas Enfermería* 17(9):21-25.
- Guedes Fontoura, E, & Oliveira Santa Rosa, De, D.. (2013). Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Índex de Enfermería*, 22(1-2), 25-29. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100006>
- Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. (2010). Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Gil, A.C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. Sao Paulo. Edit. Atlas.
- Godoy García, J.E. (2008). Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. *Aportación de enfermería*. Índex de Enfermería edición digital 17(4). Disponible en <http://www.index-f.com.bibproxy.ulpgc.es/index-enfermeria/v17n4/9596.php>
- Gómez Sancho, M. 2005. Morir con dignidad. Madrid. Arán Ediciones
- Gutiérrez López, M. (2004). Experiencia y conocimiento de las enfermeras en el proceso de muerte. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma Nuevo León. Dirección General de Bibliotecas.
- Gutiérrez Sequero, J.L. (2015). La investigación cualitativa como herramienta para la gestión sanitaria. Archivo de la memoria (en línea) 12 fasc.2 disponible en <http://www.index-f.com/memoria/12/12200.php>
- Hernández, J.M.; Rodríguez Peña C.A.; De la Rosa Hormiga, M. (2002). Estudio descriptivo/comparativo entre profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la ansiedad ante la muerte. *Trab Soc y Salud*; 42(7): 119-149.
- Hernández Arellano, Flor. (2006). El significado de la muerte. *Rev. Digital Universitaria*. Unam.mex, 7(8): 2-7 <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/int66.htm>
- Hodelin Tablada, R. (2009). Dilemas éticos en los estados de alteración de la conciencia. Congreso Internacional de Neurología y Neurocirugía.
- Hodelin Tablada, R. (2009). Caracterización de la muerte encefálica y el estado vegetativo persistente. Santiago de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas. Disponible en : http://tesis.repo.sld.cu.259/1/Hodelin_Tablada.pdf
- Hodelin Tablada, R. (2012). Diagnóstico clínico y diferencial de la muerte encefálica. XIII Congreso Virtual de Psiquiatría CODAJIC ;2012.
- Jiménez Aboitiz, R. ¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre muerte. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid.
- Jennet, B.; Gleave, J.; Wilson, P. (1981). Brain Death in three neurosurgical units. *Br Med J (Clin Res Ed)*; 282 (6263): 533-539.
- Jorgensen P.B.; Jorgensen, E.O.; Roseklint, A. (1973). Brain death pathogenesis and diagnosis. *Acta Neurol Scand*;49(3): 355-367.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

- Kessler, D. (2005). Sobre el duelo y el dolor. Como encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas. Ed. Luciérnaga.
- Kessler, D.; Kübler-Ross, E. (2005). Sobre el duelo y el dolor. Ed. Luciérnaga.
- Kinnaert, P. (2009). Some historical notes on the diagnosis of death the emergence of the brain death concept. *Acta Chir Belg.* 109 (3) 421-428.
- Klarsfeld, A.; Revah, F. (2002). *Biología de la muerte.* Madrid. Universidad Complutense 17-36.
- Kübler-Ross, E (2005). *Sobre la muerte y los moribundos.* México. Debolsillo.
- Laín Entralgo, P. (2010). *Historia universal de la medicina.* En *patología y medicina interna.* T6. Edt. Masson.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.
- Leibovich de Figueroa, N. B., & Schufer de Paikin, M. L. (2002). *El malestar y su evaluación en diferentes contextos.* EUDEBA, Buenos Aires.
- Leininger, M (1978). *Transcultural Nursing: Concepts Theories, Research and Practice.*
- Leno González, D. (2006) *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural.* *Gazeta de Antropología* 22(32):1-14.
- Lindeman, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief.* *Am Journal psychiat* 10(1): 141-148.
- Lipson, J.G. (2000). *Cultura y cuidados de Enfermería. Índice de Enfermería.* Edición digital. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_1925.php?
- Llano Moya, J. (2012). *La muerte: definición y características.* Monografías. <http://www.monografias.com/trabajos92/muerte-definicion-y-caracteristicas/muerte-definicion-y-caracteristicas.shtml>
- López Alonso, S.R. (2000). *Implicación emocional en la práctica de la enfermería.* *Cultura de los Cuidados* año IV,7-8 :172-80.
- López Palomo, I.; García Sánchez, R. (2008). *Actitud de una enfermera ante la muerte.* *Enfermería Docente.* 88:28-30.
- Malasch, C.; Jackson, S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout.* *Journal of organizational Behavior.* 2(2): 99-113.
- Manual de atención sanitaria a los pacientes de confesión hindú.* Ramchandani, J.C.
- Marrero González, C.M (2013) *Competencia cultural. Enfoque del modelo Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios.* *Ene-enfermería* Ag. 7(3)
- Maqueo Velasco, P. (2000). *El papel de la enfermera en la tanatología.* *Revista Mexicana de Enfermería cardiológica.* 8 (1-4): 69-73.
- Martín Rodríguez, A.; García Hernández, A.M.; Toledo Rosell, C. (2008). *Hacia una visión constructivista del Duelo.* *Índice de enfermería* 17(3):193-196.

BIBLIOGRAFÍA

Maza Cabrera, M.; Zavala Gutiérrez, M.; Merino Escobar, J.M. (2008). "Actitud profesional de enfermería ante la muerte de pacientes". *Ciencia y Enfermería XV* (1):39-48.

Mculty, A. (2009). Costumbres y funerales de los japoneses. En: http://www.ehowenespanol.com/costumbres-funerales-japoneses-info_529239/.

Medina Reina, A.M. Las enfermeras que lloran. Disponible en: <http://nightingaleandco.es/las-enfermeras-que-lloran/#comment-3397>.

Míguez Burgos, A.; Muñoz Simarro, D. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. *Rev. Electrónica Enfermería Global*. Nº 16. 8(2):. 1-9.

Mollaret, P.; Goulon, M. (1959). The depassed coma (preliminary memoir). *Rev. neurología.*, 101,3-15.

Monge, F. P., Garrido, A. R. et al, (2000). Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Atención primaria*, 26(7), 446-452.

Montoya Juárez, R (2006). Morir, una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. *Rev. Evidentia*. 3(11).

Morales Gázquez, M.J, (2015). Aproximación cualitativa a los factores determinantes del cuidado de personas mayores dependientes llevada a cabo por inmigrantes en la isla de Lanzarote. Tesis Doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Morillo-Martín, M.S.; Galán González-Serna, J.M et al. (2014). Factores sociodemográficos que influyen sobre ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Medicina Paliativa*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.008>

Monzón, J.L; Saralegui, R.; Molina, R. et al (2010). Ética de las decisiones en reanimación cardiopulmonar. *Med. Intensiva* 34(8):534-549. Edit. Elsevier.

Morrison, M. (2004). *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Ed. Elsevier.

Murray Knudson, E. (2005). La enfermería y la muerte. *P&B* 9 (1.24): 101-104.

Neimeyer, R.A.; Ramírez, Y.G (2002) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona. Paidós

Neimeyer, R.A (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* Barcelona. Paidós.

Núñez Aceves, N. (s/f) *¿Quién soy yo? Una cuestión de identidad*. [en línea] *Rompan filas* año 8 numero 43 <http://www.unam.mx/rompan/43/rf43a.html> [consulta 12 junio 2015].

Núñez López, R.; Pérez Martínez, M.C. (2008) Percepción de fenómenos tras la muerte por el personal sanitario en el hospital. *Índex de Enfermería*, 17(2): 116-118.

Ortega Galán, A.M. (2012). El proceso de la muerte en el ámbito formal de los cuidados. Un estudio cualitativo desde la perspectiva profesional sanitaria de Huelva. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva.

Ortega Galán, A.; González de Haro, M.D. (2013). El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Medicina Paliativa*. 23(2):93-98.

Ortego, M.C.; Santiago López, M.L.; Aparicio, M.M. (2001). El duelo. *Enfermería Científica* 236-237:46-51.

Pacheco Borrella, G. (2003). Perspectiva antropológica y social de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados*. Año VII, nº 14: 27-43.

Panzini, R.G. & Bandeira, D.R. (2007). Coping (enfrentamiento) religioso/espiritual. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(Suppl. 1), 126-135.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>

Pascual Fernández, M.C. (2011). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enf. Intensiva* 22(3):96-103.

Piacente, T. (2006). Pensar la adolescencia hoy. De la Psicopatología al bienestar psicológico. Compiladora: Norma Contini de González, Silvina Cohem Imach, María Inés Figueroa, C. Paola Coronel de Pace. Editorial: Paidós. Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 183-186.

Plaza del Pino, F.J.; Veiga del Pino, M. (2012) La visión del otro y la conflictividad en la relación enfermera-paciente musulmán. *Enfermería Clínica*. Elsevier. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.05.001>

Plaza del Pino, F.J. (2008). Cuidando a pacientes musulmanes. Las fronteras de la enfermería en la comunicación intercultural. Tesis Doctoral. Universidad de Almería.

Plaza del Pino, F.J.; Martínez Gálvez, L.; Rodríguez Alonso, J.; Plaza del Pino, M.D. (2007) *Enfermería hospitalaria ante pacientes inmigrantes*. *Inquietudes*; 37: 33-39

Poch, C. (2013). *Perdidas y duelos*. Barcelona. Editorial Octaedro.

Raja Hernández, R. (2001). "Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario ante la muerte". Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.

Raja Hernández, R.; Gala León, F.J.; González Infante, J.M.; Lupiani Giménez, M.; Guillén Gestoso, C.; Alba Sánchez, I.; (2003) Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal de enfermería ante la muerte - *Enfermería Científica* ; 260-261 : 38-51.

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Disponible en: www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola

Ricoeur, P. (2003). *El conflicto de las interpretaciones*. Ensayos de hermenéutica. Argentina. Fondo de Cultura económica.

Rivas Castillo, M.T.; de la Rosa Vélez, Z.; Alguacil Sánchez, M.V. (2014). Concepto básico de la investigación cualitativa en Ciencias de la Salud. *Parainfo Digital*. Índice de enfermería. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/118.php>

Rodríguez, A. G., & Garcelán, S. P. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.

Rodríguez Camero, M.L.; Azañón Hernández, R.; Rodríguez Salvador, M.M. *et al.* (s/f)

BIBLIOGRAFÍA

Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalarias EPES 061 del S.P Granada. *Tempus Vitalis. Rev. electrónica internacional de cuidados*. 6(2): 57-72.

Rodríguez García, M.; Medina Moya, J.L (2014). Entre la complejidad y el arte. El análisis de datos en cualitativa. *Índex de enfermería* 23(3):157-161.

Rodríguez Marín, J. (2002). Historia psicología de la salud. *Rev. Historia de la psicología*; 23(3,4): 185-222.

Rodríguez Martín, A.; García Hernández, A.M.; Toledo Rosell, C. (2008). Duelo y duelo complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria. Disponible en:

<http://ene-enfermeria/ojs/index.php/ENE/article/view/176>

Rubin,W.B. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao-España. Ed. Desclee de Brower S.A.

Sánchez Sorondo, M. (2003). Cien años de Magisterio Pontificio para las Ciencias. Pontificia Academia de las Ciencias. Extra serie 19. Ciudad del Vaticano.

Sevilla-Casado, M.; Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos* 24(3): 109-114.

Schmidt Rio-Valle, J. (2007). Validación de la versión española de la "Escala de Burgen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. Universidad de Granada

Sebastiani, R.W. (1998). Aspectos emocionales y psicológicos en situaciones de emergencia en el hospital general.

Siles González, J. (2010) La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de globalización-Glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. *Índex de Enfermería* 19(2-3): 162-166

Solano Ruiz, M.C (2006) Fenomenología, hermenéutica y enfermería. *Cultura de los Cuidados X* (19):5-6

Souza e Souza, L.P.; Mota Ribeiro, J. et al. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global* (32): 222-229.

Strauss,A.& Corbin, J. (2002). *Bases para la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Thomas Hansen, L.A. (1995) La ansiedad ante la muerte y el propósito de la vida en fin de vida. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Deusto.

Tomás Sábado, J.; Guix Llistuella, E (2001). Ansiedad ante la muerte. Efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Rev. Enfermería clínica*, 11(3),104-109.

Tomás Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246,247,42-47.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

Tomás Sábado, J.; Gómez Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual: Revista Internacional de psicología Clínica y Salud*, 1, 79-100.

Tobajas, M. C. D., Ortiz, N. J., Martínez, B. G., & Gavilán, C. S. (2016). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 16(1), 246-265.

Toyos, N.M (2014). cuidados enfermeros y coherencia cultural. *ENE, Revista de Enfermería*, 8(1).

Varela, B.; Bernardi, R. (2000). Defensas ante el estrés y defensas ante los conflictos ¿estamos ante el mismo concepto. *Revista Actualidad Psicológica*, 25(280), 3-32.

Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea Books.

Vasilachis, I (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro editor de América Latina.

Walker, A.E. (1982). Cerebral Death. En: criterios cubanos para el diagnóstico de muerte encefálica. La Habana. Ciencias Médicas.

Walker, A.E. (1989). Brain death an American viewpoint. *Neurosurg Rev.* 12(1 suppl), 259-264.

Werner Sebastiani, R.; Chiattoni, H.B.C.; Pelicioni, M.C.F.; (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, enero, 153-172.

Worden, W, J. (2004). *El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia*. Ed. Paidós 2º Ed.

Yagüe Frías, A.C.; García Martínez, M.C. (1994). Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. *Revista de enfermería*. Disponible en:

<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>

Zas Ros, B. (2011). *Experiencias en psicología hospitalaria*.

ANEXOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

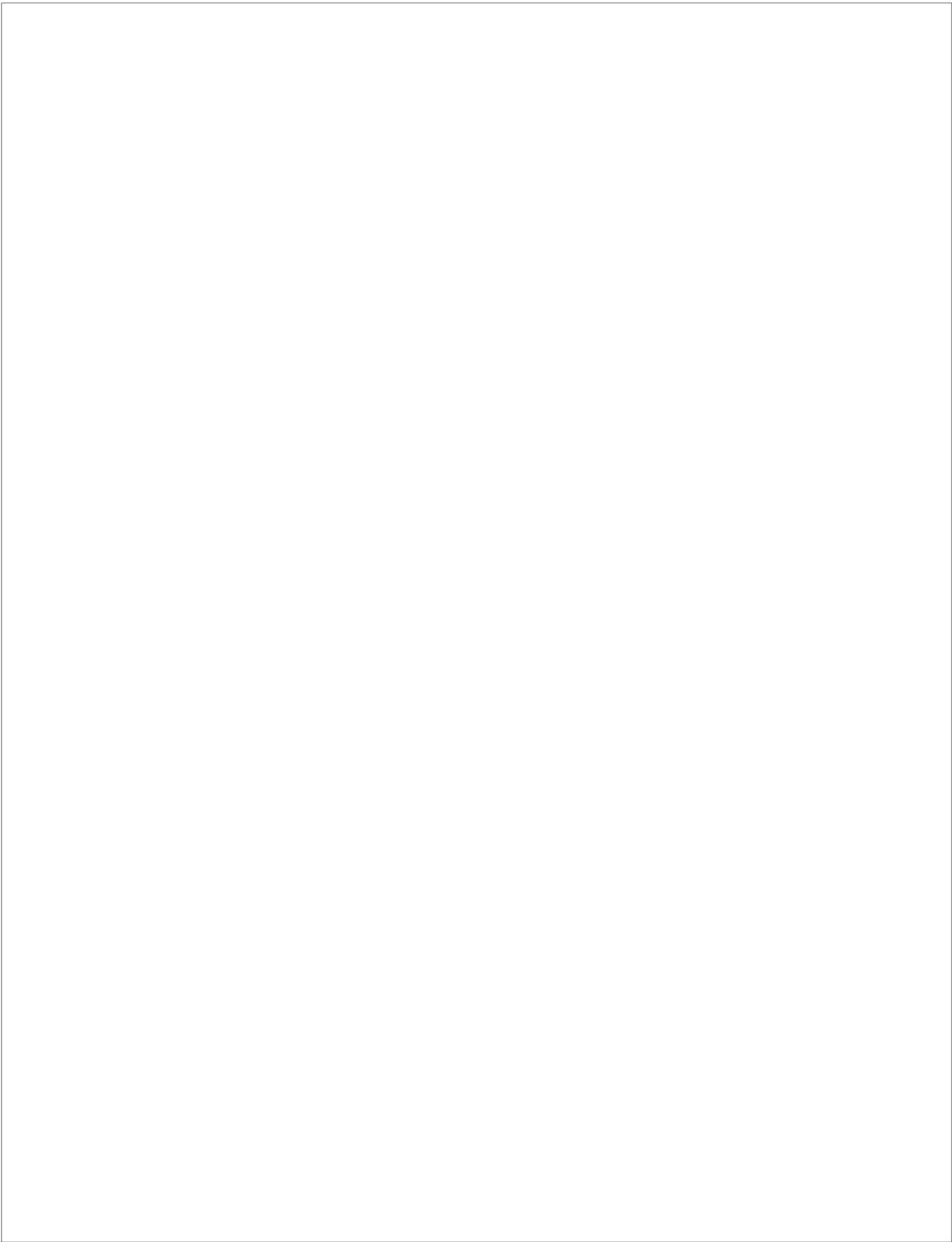
Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

ANEXOS

ANEXO I

Consentimiento informado

D/Dña.....previa información sobre el estudio a realizar por Dña. M^a Blanca Fernández Vallhonrat, "Percepción y estrategias de afrontamiento en las experiencias personales de muerte y duelo. Estudio de casos en enfermeras en Lanzarote", está de acuerdo en participar en el mismo mediante una entrevista individual.

Acepta que las entrevistas se graben y transcriban, comprendiendo que las mismas se tratarán de manera confidencial, almacenándose de forma segura en todo momento, teniendo únicamente acceso a ellas quien realiza el estudio.

Así mismo está conforme con que las grabaciones originales se eliminen en un periodo de ocho semanas después de la transcripción de las mismas.

Fdo:

Fdo:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32

ANEXO II

Guion utilizado en las entrevistas

1) Breve presentación del objetivo de la entrevista

2) Guion orientativo

- * Cuantos años hace que eres enfermera
- * ¿Qué significa la muerte para ti?
- * Cuando y como fue tu primer contacto con la muerte
- * ¿Te afectó de alguna manera?
- * En caso afirmativo ¿Qué sentimientos experimentaste?
- * Desde tu experiencia ¿Cuáles son las dificultades principales que te encontraste en este primer contacto?
- * ¿Necesitaste y pudiste hablar con alguien de ello?
- * ¿Qué piensas de la atención psicológica?
- * Desde tus creencias religiosas, ¿crees que las mismas pueden tener alguna influencia en la aceptación de la muerte?
- * ¿Hay algún otro aspecto que quieras comentar relacionado con este tema que te afecte como enfermera?
- * ¿Incluirías algo en los estudios de la titulación o a nivel asistencial, que consideres importante?
- * Hay algo que quieras comentar, relacionado con el tema, que consideres interesante.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 908410

Código de verificación: 5/O035mU

Firmado por: MARIA BLANCA FERNANDEZ VALLHONRAT
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 17/05/2017 14:20:31

ALFONSO MIGUEL GARCIA HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

18/05/2017 10:44:56

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

22/05/2017 20:39:32