

**Afrontamiento del personal de enfermería frente a
la muerte de los pacientes oncológicos.**

Trabajo Fin de Grado

Junio 2022

Grado de Enfermería

Universidad de la Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede de la Palma

Autor/a: Ana Gabriela Jiménez García

Tutor: Gerson Reyes Abreu

RESUMEN:

Los profesionales sanitarios conviven diariamente con la muerte de sus pacientes, en especial aquellos que trabajan en los Servicios de Oncología y Cuidados Paliativos. Los enfermeros que se encargan del cuidado de pacientes oncológicos viven variedad de situaciones muy complejas a nivel emocional tales como el dolor, el sufrimiento y la muerte de éstos, por lo que es necesario que cuente con las estrategias de afrontamiento necesarias para saber gestionar no solo de manera técnica sino también a nivel emocional el impacto que ello genera. Por consiguiente, el presente trabajo de investigación pretende indagar en el nivel de afrontamiento y actitud del personal de Enfermería frente a la muerte de pacientes oncológicos. Para ello, se llevará a cabo un estudio de tipo cuantitativo con alcance analítico-descriptivo y de corte transversal a través del reparto de 1 cuestionario de variables sociodemográficas y las escalas de Afrontamiento de la Muerte de Bugen y la de FATCOD vía presencial totalmente anónima y voluntaria en las plantillas del equipo de Enfermería, entendiendo por equipo el conjunto de enfermeras/os y TCAE's de los Servicios de Hospital de Día, Planta de Oncología y de Hematología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) y del Hospital de Día y de la Planta de Cuidados Paliativos (A0) del Hospital General de la Palma (HGLP).

PALABRAS CLAVES: Estrategias de afrontamiento, Muerte, Enfermería, Pacientes Oncológicos.

ABSTRACT:

Healthcare professionals live with the death of their patients on a daily basis, especially those working in oncology and palliative care services. Nurses who are responsible for the care of oncology patients experience a variety of very complex situations on an emotional level, such as pain, suffering and death, so it is necessary for them to have the necessary coping strategies to know how to manage not only technically but also emotionally the impact that this generates. Therefore, the present research work aims to investigate the level of coping and attitude of nursing staff when faced with the death of cancer patients. To this end, a quantitative study will be carried out with an analytical-descriptive and cross-sectional scope through the distribution of a questionnaire of sociodemographic variables and the Bugen and FATCOD scales for coping with death via a completely anonymous and voluntary face-to-face interview with the nursing staff. The team is understood to be the group of nurses and TCAE's of the Day Hospital, Oncology Ward and Haematology Ward of the University Hospital of the Canary Islands (HUC) and the Day Hospital and Palliative Care Ward (A0) of the General Hospital of La Palma (HGLP).

KEY WORDS:

Coping strategies, Death, Nursing, Oncology patients.

ÍNDICE:

| | |
|--|----|
| 1.-Introducción..... | 1 |
| 2.-Marco Teórico..... | 2 |
| 2.1.-El cáncer..... | 2 |
| 2.1.1.-Historia natural del cáncer..... | 3 |
| 2.1.2.-Estadificación del cáncer..... | 4 |
| 2.1.3.-Epidemiología del cáncer..... | 6 |
| 2.2.-Cuidados Paliativos..... | 7 |
| 2.3.-Enfermería y muerte..... | 10 |
| 2.4.-El duelo..... | 14 |
| 2.4.1.-Clasificación del duelo..... | 15 |
| 2.4.2.- Fases del duelo de Kübler-Ross..... | 16 |
| 3.-Antecedentes..... | 17 |
| 4.-Justificación..... | 24 |
| 5.-Pregunta de investigación..... | 25 |
| 6.-Objetivos del estudio..... | 25 |
| 7.-Metodología..... | 25 |
| 7.1-Estrategia de búsqueda..... | 25 |
| 7.2-Diseño del estudio..... | 26 |
| 7.3-Población y muestra..... | 26 |
| 7.4-Criterios de inclusión..... | 28 |
| 7.5-Criterios de exclusión..... | 28 |
| 7.6-VARIABLES a estudio..... | 29 |
| 7.7.-Material y método..... | 31 |
| 7.8-Instrumentos de medida..... | 32 |
| 7.9.-Tratamiento estadístico de los datos..... | 33 |
| 7.10.-Consideraciones éticas..... | 33 |
| 7.11.-Limitaciones del proyecto..... | 34 |

| | |
|---|----|
| 8.-Logística..... | 34 |
| 8.1.-Presupuesto..... | 34 |
| 8.2.-Cronograma..... | 35 |
| 9.-Bibliografía..... | 36 |
| 10.-Anexos..... | 40 |
| 10.1.-Anexo I.-Cuestionario de variables sociodemográficas, de formación y experiencia laboral..... | 40 |
| 10.2.-Anexo II.-Escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale | 42 |
| 10.3.-Anexo III.-Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen..... | 45 |
| 10.4.-Anexo IV.- Solicitud de autorización a la Gerencia del Hospital General de La Palma..... | 47 |
| 10.5.-Anexo V.- Solicitud de autorización a la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias..... | 48 |
| 10.6.-Anexo VI.- Consentimiento informado para los profesionales de Enfermería que participan en el estudio de investigación..... | 49 |

1.-Introducción:

La muerte es un tema tabú del que se prefiere no hablar, se evita a toda costa ya que nos hace caer en la realidad de lo frágil y limitada que es la vida humana. El concepto de muerte varía de una persona a otra, pues está influenciada por diversas variables tales como la cultura, las vivencias personales, las creencias religiosas, entre otras.

Los profesionales sanitarios están en constante contacto con la muerte, en concreto el personal de Enfermería pues es la figura por excelencia a quiénes acuden los pacientes y la que proporciona las 24 horas del día los cuidados a la unidad a tratar: el paciente y su familia.

Al ser el objetivo principal de este estudio el conocer las estrategias de afrontamiento, así como la actitud que poseen los profesionales de Enfermería ante la muerte de los pacientes oncológicos, es importante definir qué se entiende por afrontamiento y actitud. Zeidnery Hammer define los recursos o estrategias de afrontamiento como *“las variables personales y sociales que ayudan a que las personas sepan gestionar episodios estresantes de forma eficiente, objetivándose en los momentos en los que, tras exponerse a un estresor, no presente ninguna sintomatología o se recupera muy rápido tras la exposición a él.”*

Asimismo, según Lazarus y Folkman, éstas han de centrarse en el problema, para ser capaz de manejar las demandas cognitivas que produce una amenaza en cuanto a la persona y a la gestión de las emociones para transformar la incomodidad, y ser capaz de manejar los estados emocionales que ocasiona el episodio estresante con la finalidad de actuar de manera adecuada. La muerte es un acontecimiento complejo y difícil de afrontar, que depende de las habilidades cognitivas y recursos personales con los que cuenta la enfermera, siendo éste el suceso estresante que debe ser capaz de gestionar emocionalmente en base a lo que piensa de la muerte, cómo se siente acerca de ella y cómo tiene que actuar ante esta última fase del ciclo de la vida.^{1,2}

2.-Marco Teórico:

2.1.-El cáncer.

El cáncer se define como *“el crecimiento y proliferación anormal de una célula o grupo celular (hiperplasia) en un determinado lugar del organismo, creando así una masa de tejido denominada tumor, el cual puede ser benigno o maligno, siendo este último aquellos en los que las células han invadido el torrente sanguíneo o los ganglios linfáticos y han migrado a otras partes del cuerpo, denominando a este proceso metástasis”*.

Dicha división celular incontrolada está caracterizada por una hiperplasia (aumento del número de células) y/o anaplasia (células anormales, inmaduras o indiferenciadas sin ninguna función útil), que a medida que van creciendo, le roban la energía y los nutrientes al organismo.

Se manifiesta mediante una serie de signos y síntomas, cuya variación depende del tipo de célula afectada y de su localización en el organismo, dando lugar a los diversos tipos de cáncer que hoy en día se conocen.³

El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas se denomina carcinogénesis. Gracias al desarrollo de técnicas de estudio genético se consiguió comprender este proceso, estableciendo así que la transformación progresiva de células normales a malignas tenían su origen en alteraciones del material genético (mutaciones). Estas mutaciones le otorgan a la célula la capacidad de dividirse y generar una descendencia en la que prevalece dicha mutación (clones). Tras ello, las células hijas acumulan las múltiples mutaciones que les permite generar distintos clones. Éstas presentan mayor capacidad de sobrevivir y de dividirse, es decir, tiene ventajas proliferativas en comparación a las normales, permitiendo así generar un clon neoplásico persistente.

Normalmente las células del sistema inmune son capaces de eliminar dichas células tumorales gracias a la inmunovigilancia tumoral, sin embargo, pueden adquirir nuevas capacidades tales como evadir dichos mecanismos de control, y así desarrollar una neoplasia.

Actualmente, coexisten tres teorías sobre la base genética del cáncer que se interrelacionan entre sí:

- Protooncogenes: estos genes se relacionan con el crecimiento y proliferación normal de células sanas, sin embargo, pueden mutar y convertirse en oncogenes.
- Los genes supresores de tumores controlan la proliferación, la reparación celular y la apoptosis (muerte celular). La mutación de estos genes producen una pérdida de su función, de las proteínas que codifican, y en consecuencia, una falla en los

mecanismos de control y reparación de la célula, permitiendo su proliferación y crecimiento descontrolado, junto a la acumulación de nuevas mutaciones.

- Los genes de reparación del ADN, proveen a las células de mecanismos complejos para la reparación de alteraciones o daño en el ADN. Cuando dichos genes sufren mutaciones, la disfunción de las proteínas que codifican hace a las células más sensibles a agentes que dañan el ADN, además de a la acumulación de nuevas mutaciones que favorecen la carcinogénesis.

Las mutaciones de los genes responsables de la carcinogénesis pueden ser heredadas o adquiridas debido a la exposición a sustancias del ambiente (carcinógenos) o agentes biológicos (virus oncogénicos), o ser heredadas.

Los carcinógenos más relevantes hoy en día son los hábitos alimenticios, una vida sedentaria, el consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas, la exposición a radiaciones ionizantes, ultravioletas y electromagnéticas no ionizantes, además de la contaminación, diversos virus y fármacos que pueden actuar como agentes cancerígenos genotóxicos o promotores (por ejemplo, algunos antineoplásicos como la ciclofosfamida, hormonas como los estrógenos y los esteroides anabolizantes).⁴

2.1.1.-Historia natural del cáncer.

Es el tiempo que transcurre desde que la célula muta y se forma el tumor, hasta el desenlace de la enfermedad (muerte, cura o incapacidad).

La duración de este tiempo está condicionada por la velocidad de crecimiento del tumor (tiempo de duplicación celular) y de la capacidad de difusión o metástasis del tumor.

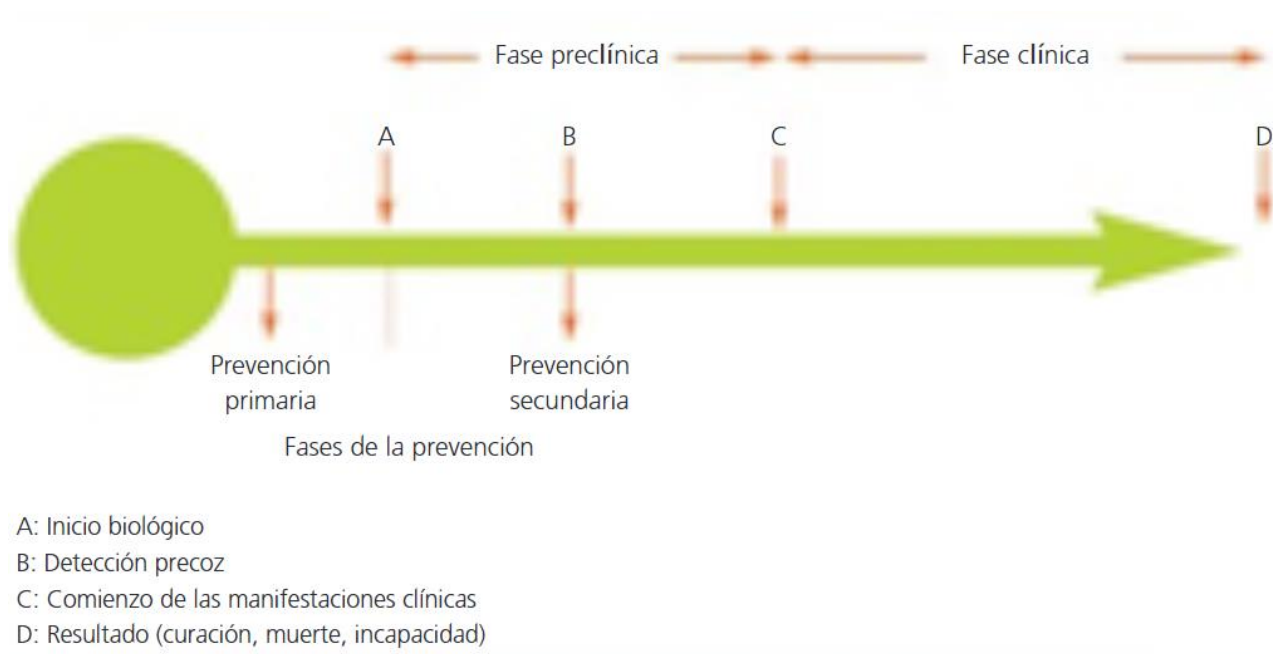
Podemos clasificar la historia natural del cáncer en dos etapas:

- **Etapa preclínica:** en esta etapa las células tumorales ya existen, pero el reducido tamaño del tumor hace que sea asintomático. La duración de esta fase depende del grado de crecimiento (duplicación celular) de cada tumor.
- **Etapa clínica:** empiezan a aparecer los primeros síntomas, lo que permite detectar el tumor, además de que es cuando tiene lugar el proceso de metástasis, empeorando el pronóstico.

Si utilizáramos como símil un *iceberg*, la etapa clínica equivaldría a la punta o parte visible (1/3), y la preclínica el cuerpo sumergido (2/3).

El conocer la historia natural (Figura 1) de un determinado tipo de cáncer facilita la actuación frente a él, especialmente con el desarrollo de campañas de detección precoz que permiten diagnosticar lesiones antes de que hayan alcanzado la etapa clínica⁵:

Figura 1. Historia natural del cáncer y su relación con los tipos de prevención.



Fuente: Robayna Delgado MC. Cáncer. En: Darias Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. P. 817-844.)

2.1.2.-Estadificación del cáncer.

Estima la gravedad de un cáncer en base al tamaño del tumor primario y en la extensión de la diseminación en el organismo.

A pesar de haber una gran diversidad de sistemas de estadificación, el más utilizado por los profesionales médicos de todo el mundo es la clasificación TNM, desarrollada por la *Unión Internacional contra el Cáncer (UICC)* junto a la *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, el cual se actualiza cada 6-8 años, a medida que avanzan las investigaciones sobre los distintos tipos de cáncer.

Dicho sistema se basa en la extensión local del tumor (T), la propagación a los ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis (M) (Tabla 2):

Tabla 1.-Sistema TNM.

| | |
|--|---|
| La categoría T describe la extensión del tumor primario. Se clasifica en base a su tamaño, y por su relación con las estructuras vecinas. | |
| T_x: | No se puede determinar la existencia o tamaño del tumor primario. |
| T₀: | No hay evidencia de tumor primario. |
| T_{is}: | Carcinoma <i>in situ</i> (cáncer inicial que no se ha diseminado a los tejidos vecinos). |
| T₁-T₄: | Tamaño y/o extensión del tumor primario. |
| La categoría N describe si el cáncer ha llegado a los ganglios linfáticos cercanos: | |
| N_x: | No se puede determinar la existencia de afectación ganglionar. |
| N₀: | No hay afectación de los ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer en los ganglios linfáticos). |
| N₁-N₃: | Afectados los ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de la propagación). |
| La categoría M indica si hay metástasis distantes (propagación del cáncer a otras partes del cuerpo): | |
| M₀: | No hay metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo). |
| M₁ o M₊: | Metástasis a distancia (el cáncer se ha propagado a partes distintas del cuerpo). |

Fuente.- Elaboración propia a partir del capítulo De la Fuente Ramos M, Chicote Carquero S, Durán Fernández A, Fernández Vázquez I, Iglesias Casals S, Legido Díaz R. El paciente oncológico. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería médico-quirúrgica. Vol. I. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. P. 163-204.)

Cada tipo de cáncer tiene su propio sistema de clasificación, variando así las letras y los números. Una vez se determinan la T, N y M, se combinan y se les asigna un estadio de 0, I, II, III, IV específico para cada tipo de cáncer. A veces se subdividen utilizando letras, como por ejemplo IIIA y IIIB.

Esta clasificación, al establecer la etapa en la que se encuentra el cáncer, es:

- Una ayuda a la hora de plantear el tratamiento oncológico.
- Un apoyo para estimar el pronóstico del paciente.
- Fundamental en la evaluación de los resultados de tratamiento.

- Facilita el intercambio de información entre profesionales.
- Contribuye a la investigación sobre el cáncer.⁶

2.1.3.-Epidemiología del cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. La OMS estima que el número de defunciones por cáncer seguirá en aumento, llegando a unos 11.4 millones en el año 2030.⁷

A nivel mundial, el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de mortalidad del mundo, con aproximadamente 9,9 millones de muertes relacionadas con cáncer en el año 2020 de acuerdo con los datos proporcionados por la *International Agency for Research on Cancer* (IARC). Al igual que pasa con la incidencia, son estimaciones realizadas previamente a la pandemia de la Covid-19, por lo que es probable estas estimaciones no reflejen exactamente la realidad. Por tanto, estas estimaciones de la mortalidad deben entenderse como la mortalidad que se estima que habría habido en 2020 si no hubiera habido la pandemia de la Covid-19.

Asimismo, se espera un incremento de la mortalidad en los próximos años, estimándose la mortalidad en más de 16 millones en 2040. En España, se estima que la mortalidad por cáncer se incrementará de 113.000 casos en 2020 a más de 160.000 en 2040.

El INE ha publicado recientemente los datos de mortalidad en España en el año 2020, con 75.073 defunciones más que en 2019 (incremento del 17,9%). En este periodo de tiempo, los tumores constituyeron la segunda causa de muerte en España (22,8% de los fallecimientos, 112.741), sólo por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio (24,3% de las muertes, 119.853). Las enfermedades infecciosas fueron responsables de 80.796 muertes en 2020 (16,4%), 60.358 con identificación positiva de COVID-19 y 14.481 adicionales con alta sospecha (38.917 en varones y 35.922 en mujeres). Por tanto, a pesar de la crudeza de la pandemia de la COVID-19, el cáncer siguió siendo responsable de más muertes que el COVID-19 en el año 2020.

En 2020 murieron 16.486 residentes en Canarias, siendo sus causas básicas de defunción más usuales en grandes grupos Tumores (4.615, un 28,0% del total), Enfermedades del sistema circulatorio (27,4%), Enfermedades del sistema respiratorio (11,7%), del sistema nervioso (4,6%), infecciosas y parasitarias (4,5%) y externas de morbilidad y de mortalidad (4,4%).

La proporción de muertes por Tumores fue mayor en las islas de Fuerteventura (36,1%), Lanzarote (33,9%), La Gomera (28,1%) y Gran Canaria (27,8%).⁸

2.2.-Cuidados Paliativos.

El concepto de Cuidados Paliativos es relativamente reciente. Nace en la década de los 60 del siglo XX con el llamado *Movimiento Hospice*, de la mano de la enfermera, médico y trabajadora social inglesa Cecily Saunders, defendiendo el movimiento proeutanasia que surgía en ese momento. Es pionera en buscar y aportar soluciones encaminadas a cubrir las necesidades reales de los pacientes en fase terminal y sienta las bases de los cuidados paliativos, y con ellas, una nueva forma de tratar a éstos por parte del personal sanitario.

Son diversas las definiciones que se le han aportado al término de Cuidados Paliativos:

- Etimológicamente, *paliativos* procede del término latino *pallium*, el cual significa manto u objeto para disimular el cuerpo o el rostro en un momento concreto) y del verbo latino *palliare* (proteger, amparar, cubrir, abrigar); lo que significa que los cuidados paliativos son un manto protector sobre los pacientes que lo necesitan.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1990, adoptan la definición de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos: “*cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial*”.
- La OMS, en 2002, redefinió el término como “*un abordaje que promueve la calidad de vida, de los pacientes y sus familiares durante las enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Requiere la identificación precoz, evaluación y tratamiento impecable del dolor y de otros problemas físico, psicosocial y espiritual*”.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo definió en 2008 los Cuidados Paliativos como “*enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales*”.
- En 2006, Montes de Oca-Lomeli contempló una modalidad de atención total, activa y continua por parte de un equipo multidisciplinar hacia pacientes y sus familiares; con la finalidad de cubrir todas sus necesidades y mejorar su calidad de vida, evitando caer en el encarnizamiento terapéutico, con el que se intenta alargar la supervivencia del paciente terminal bajo cualquier concepto.

- Astudillo lo define como “*el conjunto de medidas médico-sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en fase terminal, así como de apoyo a la familia*”.
- Dalgaard, en 2014, complementa estas definiciones afirmando que “*deberían ser accesibles a cada persona que padezca cualquier enfermedad amenazante para la vida y deberían comenzar tempranamente en el curso del padecimiento. Sin embargo, a menudo se inician tarde y están restringiendo solamente a los pacientes con cáncer*”.

Todas las definiciones anteriormente redactadas tienen un objetivo común, el de brindar cuidados abarcando todas y cada una de las dimensiones del enfermo, donde el tratamiento curativo no es eficaz, hasta la llegada de su muerte y considerando a la familia como una unidad a atender, siendo un binomio indivisible.⁹

Se estima que, anualmente, unos 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, sin embargo, hoy en día, en el mundo, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación de Enfermería de Cuidados Paliativos (AECPAL) promovieron, en 2018, una campaña titulada “*Porque Yo Importo*”, con la cual reivindicaron la necesidad de mejorar el acceso de la población a dicha atención específica e integral, entendiéndola como un derecho humano, ya que, según las estimaciones actuales, tres de cada cuatro personas necesitarán en algún momento atención paliativa.¹⁰

Los Cuidados Paliativos en España están regulados a nivel supranacional, nacional y autonómico. Las recomendaciones 1418 (1999) y 24 (2003) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los enfermos terminales y moribundos, exponen la necesidad de reconocer y proteger el derecho a los ciudadanos paliativos y destacan que es una responsabilidad de los gobiernos el asegurar que los cuidados paliativos sean accesibles a todos aquellos que los necesiten.

Asimismo, en España, hasta diez Comunidades Autónomas tienen *Leyes de muerte digna* que recogen los Cuidados Paliativos como derecho. Por ejemplo, la Ley 4/2017 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir de la Comunidad Autónoma de Madrid en su Artículo 11, referente al Derecho a los Cuidados Paliativos, al tratamiento del dolor y a la sedación paliativa señala:

“... todas las personas con enfermedad terminal tienen derecho a recibir, con el máximo respeto a su dignidad personal y voluntad libremente expresada, cuidados paliativos integrales de calidad...”

Los Cuidados Paliativos, según la OMS, están caracterizados por:

- Aliviar el dolor y demás sintomatología para que el paciente tenga la mayor calidad de vida posible.
- Afirman la vida, pero aceptan la muerte como algo inevitable.
- No intentan ni apresurar ni retrasar la muerte.
- En los cuidados del paciente, incorporan los aspectos espirituales y psicológicos.
- Brindan un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su fallecimiento.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a las familias a adaptarse durante la enfermedad de los pacientes, así como en el duelo.¹¹

A inicios del siglo XIX emerge una sociedad en la que prevalece un temor a la muerte, se mantiene al enfermo terminal alejado de su situación.

A principios del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, los profesionales sanitarios comienzan a tener fijación por alargar la vida del enfermo, se olvidan de ayudarles a morir, es por ello, que el fallecimiento del paciente pasa de suceder en los hogares, como antaño, a tener lugar en los hospitales. No se aborda el derecho a la muerte digna hasta finales del siglo XX.

En mitad del siglo XX, en la medicina occidental y en el ámbito de la salud, ocurrieron cambios importantes tales como el crecimiento de especializaciones, aparecen nuevos tratamientos y un énfasis creciente en la curación y en la rehabilitación. La muerte del paciente, que antes ocurría predominantemente en el ámbito familiar, se traslada y comienza a tener lugar en los hospitales. Los pacientes en fase final o los casos sin esperanza eran considerados con frecuencia como imperfecciones de la práctica médica.

Todos los expertos coinciden en que el ser humano jamás había experimentado tanto miedo a la muerte como hoy en día. La muerte se ha convertido en un tema tabú, algo innombrable, que causa gran controversia con otros tiempos, en los que los niños asistían a los velatorios, acompañaban al moribundo en la habitación, al lado de la cama. Sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XX esa presencia producía un malestar y se ha tendido a ocultarla.

Es por ello que uno de los principales objetivos de la medicina del siglo XXI será ofrecer una respuesta eficaz a todas las necesidades planteadas por las personas que se enfrentan al proceso de la muerte, y para ello están los cuidados paliativos.

Es importante que los profesionales de Enfermería tengan conocimientos sobre este tipo de cuidados pues son una de las figuras clave a la hora de proporcionar una muerte digna al paciente.¹²

2.3.-Enfermería y la Muerte.

La muerte nos hace darnos cuenta de lo que realmente somos: seres limitados, finitos, débiles y frágiles. La enfermedad y la muerte son signos evidentes de nuestra vulnerabilidad. En este sentido, se advierte que en todo ser vivo es tan natural nacer como morir.¹³

La muerte sigue siendo percibida como algo amenazador, tanto que para algunas personas significa la extinción o aniquilación de nuestra existencia como seres humanos vivos. Asimismo, en los hospitales, donde el objetivo es salvar vidas, incluso hasta el punto de considerar la buena muerte como aquella que sucede repentinamente, y si es de forma inconsciente mejor, pues la mayoría tienen la creencia de que, si somos conscientes de que nos estamos muriendo, el grado de sufrimiento será aún mayor.

Este miedo a la muerte no es propio solamente del paciente y su familia, sino que el profesional sanitario, como ser humano que es, y con la experiencia de lidiar con ella en su lugar de trabajo a diario, puede también ser víctima de este temor, en lugar de percibirla como un proceso natural y encaminar su quehacer terapéutico en ayudar a que la muerte ocurra de forma menos traumática para el paciente y sus allegados. Para que esto sea posible, el personal sanitario debería estar desprovisto de emociones y actitudes tales como el miedo o ansiedad ante la muerte, y así evita la obstinación terapéutica, pues crea un entorno poco propicio y favorable para que tenga lugar el proceso final de la vida, produce estrés tanto en los propios profesionales, como en el paciente y la familia. Además, este tipo de estrés laboral o institucional al que se ve sometido el profesional de enfermería, puede generarle síndrome de burnout. Hay estudios en los que se han evidenciado correlaciones positivas entre burnout y estrés ocupacional, y entre el primero y la ansiedad ante la muerte.

Cardozo de Angulo y otros apuntan a que, las guías docentes de los Grados de Medicina y Enfermería de algunas Universidades, aún no les dan el suficiente protagonismo a los temas relacionados con el manejo del proceso de la muerte de los pacientes, no obstante, se está empezando a tener presente dichos aspectos y se comienzan a impartir estrategias educativas para promover la empatía con el paciente en la práctica clínica.

Los autores Nordström et al, llevaron a cabo en Suecia, una actividad denominada “*El Maratón de la Muerte*” en estudiantes de 4º curso de Grado en Medicina para preparar a los estudiantes en la comprensión del procedimiento de comunicación de la muerte, a nivel emocional y formal, reforzando así la preparación en su futura profesión.

Del mismo modo, en California tuvo lugar un estudio similar cuyo modelo fue el *GRIEV_ING*, una intervención educativa de dos horas de duración compuesta por pequeños grupos, con juegos de rol y experiencias didácticas, con el fin de preparar a los estudiantes en la comunicación de la muerte.

Por otro lado, autores como Parry y Manolakis, señalan que es imprescindible enseñar a los alumnos de diferentes áreas de la salud a enfrentarse a los pacientes moribundos; es necesario como afirma Tomás-Sábado et al., incluir la educación sobre la muerte en los programas de formación de los estudiantes de enfermería, de tal forma que puedan reducir las actitudes negativas hacia la enfermedad y la muerte, si sucediere, tanto en su vida profesional, como en la personal.

La muerte ejerce un efecto modulador en los profesionales de Enfermería y se evidencia en el tipo de formación de posgrado y en las preferencias laborales pues cuando tienen la posibilidad de elegir, se inclinan más hacia pediatría o a enfermos agudos, y menos al trabajo con enfermos al final de la vida.

Tomás-Sábado y Aradilla recomendaban considerar no sólo la ansiedad ante la muerte de los estudiantes de enfermería, sino también a los profesionales sanitarios con años de experiencia laboral, comparándose sus reacciones emocionales, y así estudiar la experiencia diaria y las estrategias de afrontamiento relacionadas a la ansiedad ante la muerte.

La formación bien orientada ha demostrado sus efectos moderadores sobre la ansiedad ante la muerte, la mejoría de las actitudes hacia la muerte y los enfermos terminales, junto a una mejor aptitud y disposición en el trato al enfermo y sus familiares. Un estudio llevado a cabo en varias ciudades españolas en el que se analizó los valores en estudiantes y profesionales de enfermería, se concluyó que era necesario reforzar la formación en valores y a la socialización profesional durante el periodo de educación.¹⁴

Las enfermeras/os que se encargan del cuidado de pacientes que sufren de enfermedades terminales, detectan actitudes profesionales (Tabla 2) que dificultan o favorecen un abordaje más acorde a las necesidades de los pacientes y sus familias:

- **Temor a la propia muerte:** el hecho de enfrentarse al fallecimiento de un paciente obliga a afrontar la realidad. Surge un temor no resuelto de la propia muerte pues se ve reflejada en la muerte de los demás. Se utilizan actitudes de huida para evadirse del difícil y doloroso papel de profesional que se debe cumplir. La muerte se evita, no se habla de ella, ni de las patologías que se relacionan a ella (*exitus*, “*desorden celular*”, “*tiene algo malo*” , etc.). Asimismo, se evita mirar a la cara ni a los ojos del paciente. Comienza así, un bloqueo de la comunicación, que es sustituida por la rutina *técnica* cuya finalidad es salvar el enfermo, pero en la cual se intentan mitigar los sentimientos de angustia, impotencia y culpa.
- **Rechazo y abandono:** a medida que la muerte se aproxima, el impacto emocional es intenso tanto en el paciente, como en sus familiares, y para el profesional sanitario, en concreto la enfermera, quien vive la muerte tan de cerca diariamente, pero que con frecuencia se siente desprovista de instrumentos para hacerle frente, por lo que se refugian en actitudes de negación, huida y evitación, que defienden al profesional de su angustia, pero que condenan al paciente al aislamiento y la soledad.
- **Competencias y habilidades para afrontar la muerte:** la formación es esencial para abordar en la práctica clínica el cuidado de un paciente terminal. A pesar de ello, la preparación obtenida en cursos y estrategias de afrontamiento de la muerte es de enorme variabilidad, pues depende de factores como la motivación personal, la experiencia clínica o el hecho de haber cursado los estudios recientemente o no. No obstante, se debe enfatizar en la formación universitaria, en capacitar a los profesionales y dar respuestas mejor adaptadas a la muerte, aunque hoy en día sigue habiendo lugares donde todavía no se aborda como materia troncal y los conocimientos se imparten en optativas que los alumnos tienen la opción de elegir o no. Con frecuencia, los alumnos que acuden a prácticas y experimentan la muerte de un paciente, la viven como algo hostil, pues observan en los profesionales sanitarios reacciones de evitación y huida, siguiendo así este ejemplo. No consideran como requisito básico de formación el adquirir competencias clínicas y de comunicación en cuidados paliativos, condicionando así una menor o mayor dificultad en habilidades, conocimientos y actitud personal para el afrontamiento de la muerte, proporcionalmente a la preparación recibida.
- **Aceptación, ayuda y cuidados:** la Enfermería cuenta, dentro de sus fundamentos filosóficos, con un marco teórico ideal para ofrecer cuidados en la situación

terminal. Diversas autoras como Henderson, Orem, Colliere y Peplau trazan las bases de la profesión al considerar al ser humano desde una visión holística que exigirá una atención integral, incitan a la autonomía del paciente ubicándolo en el centro de su proceso y consideran la muerte como parte de la vida. Los modelos enfermeros defienden la capacidad del individuo para adaptarse y crecer, incluso en las condiciones más vulnerables, como es el momento de la muerte. Todos concuerdan en que la comunicación es el instrumento estrella para conseguir una relación significativa de ayuda en la que proporcionar apoyo y acompañar, entendiendo que ayudar a morir es tan importante como ayudar a vivir. Por tanto, es evidente que en el marco de los cuidados paliativos también se encuentra la esencia de los cuidados enfermeros.¹⁵

Tabla 2.-Actitudes profesionales. Pasos para manejar la muerte.

| Dificultades: | Competencias y habilidades: |
|---|--|
| 1.-Vivir la muerte como un fracaso. | <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento clínico de los procesos de cáncer avanzado. • Seguimiento de la evolución clínica. • Aplicar control de síntomas. • Ser consciente de las propias limitaciones y de la frustración que genera. |
| 2.-Angustia, evitación y huida. | <ul style="list-style-type: none"> • Confrontación previa con la propia mortalidad. • Resolución previa de las propias pérdidas. • Tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre y la impotencia. |
| 3.-Rechazo y dificultades de comunicación. | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de empatía para establecer adecuada sintonía con el paciente y su familia. • Capacidad de escucha efectiva y de respuesta adecuada. • Creatividad para buscar abordajes alternativos, según lo pida la situación. |
| 4.-Déficit en la preparación. | <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión amplia del proceso de duelo. • Conocimiento y comprensión de la experiencia total que vive el paciente. • Capacidad para darle un significado a la experiencia de la muerte de acuerdo con lo que el paciente muestre necesitar. |
| 5.-Gran impacto emocional. | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer que la diversidad de emociones forman parte de la experiencia humana. • Aceptar las emociones desbordantes, sin dejarse inundar por ellas. • Filtrar los sentimientos y actuar a través del “yo” consciente con un sentido de coherencia frente a uno mismo y a los demás. • Mantener una perspectiva realista y una distancia adecuada. • Evitar el compromiso emocional excesivo. • Compartir con el equipo la toma de decisiones y las intervenciones. • Disponer de mecanismos de soporte propios. |

Fuente.-Elaboración propia basada en el capítulo Durán Adán A, Soler Gómez MD. El final de la vida. En: Iglesias Míguez C, López Gil R. Cáncer y cuidados enfermeros. 2ª ed. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. P. 397-422.

2.4.-El duelo.

El duelo se define, según la Real Academia Española, como “*dolor, lástima, aflicción o sentimiento; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien*”. Esto es, el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales posteriores a la pérdida de un ser querido. No obstante, cualquier tipo de pérdida requiere de la elaboración del duelo. En un sentido amplio, se puede hablar de duelo ante pérdidas de la salud o de partes anatómicas del individuo (parálisis, amputaciones, ablaciones de mama o genitales) o circunstancias personales (trabajo, estatus, relaciones interpersonales). Sin embargo, por regla general, el duelo aparece en su sentido más estricto ante la pérdida de seres queridos.¹⁶

Tizón afirma que las manifestaciones del duelo no son directas, universales y generalizables, sino que se ven influenciadas por la cultura. Asimismo, Bowlby y Juri y Marrone, declaran que el duelo normal se presenta en una serie de fases que se conocen como proceso de elaboración del duelo (Tabla 3); éstas no tienen por qué presentarse en el mismo orden, y los que sufren el duelo pueden atravesarlas unas a otras en diferentes momentos del proceso.

Tabla 3.-Fases del duelo normal según Bowlby, Juri y Marrone.

| | |
|--|---|
| 1.-Fase de embotamiento de la sensibilidad: | Reacción inmediata posterior a la pérdida, caracterizada por sensación de aturdimiento e incapacidad para aceptar la realidad. |
| 2.-Fase de anhelo, búsqueda y cólera: | Se presentan pesar y anhelo intenso, accesos de llanto al percibir la realidad de la pérdida, inquietud, insomnio, pensamientos continuos respecto a lo perdido, sensación de la presencia de la persona perdida o de lo perdido, sueños de que lo perdido sigue presente y desolación al despertar, sentimientos de cólera e ira, hostilidad hacia las personas que intentan ofrecer consuelo, oscilación entre atesorar recuerdos de lo perdido y liberarse de ellos. |
| 3.-Fase de desorganización y desesperanza: | Reconocimiento y aceptación gradual de la irreversibilidad de la pérdida. Reaparece la iniciativa y la independencia, lo cual puede coexistir con una sensación de esfuerzo, desesperanza y soledad. |
| 4.-Fase de reorganización: | Aceptación de la realidad de la pérdida y de lo que la vida ha cambiado. Al llegar a esta fase y trascenderla pueden aparecer planes de futuro en el que hay ausencia definitiva de lo perdido. |

Fuente: Elaboración propia basada en el capítulo Bistre Cohén S. Actualidades en el manejo del dolor y cuidados paliativos [En Línea]. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V. 2015.

Se establece que una persona está elaborando el duelo de forma adecuada cuando las fases se mantienen activas, dinámicas, tendiendo a la reorganización, mientras que una de las señales de que el duelo se está complicando es que el proceso se estanca en una de las fases previas a la reorganización.

En el caso de las pérdidas inevitables y que conocía de ellas con antelación, el proceso de duelo se presenta previo a que la pérdida se haya concretado; esto se conoce como duelo anticipado, por ejemplo:

- El duelo que presenta el paciente ante la cercanía de su muerte.
- El duelo que presenta el familiar ante la posibilidad de fallecimiento del ser querido, tanto a corto como a medio plazo.¹⁷

Tras el fallecimiento del paciente se debe continuar apoyando a los familiares durante el proceso de duelo. En muchas ocasiones este proceso puede resultar complejo por la presencia de sentimientos muy difíciles de asimilar como puede ser la sensación de culpabilidad por no haber cuidado todo lo necesario al familiar o por la gran dependencia emocional hacia éste. Dichos sentimientos deben ser expresados cuanto antes para, con ayuda profesional, ser capaz de interiorizarlo y aceptarlo.

Así, el duelo se transformará en una fase en la que el apoyo y la solidaridad servirán para que los seres queridos del paciente acepten la pérdida, aprendan a vivir con la pena, se adapten a una nueva vida sin el familiar y se separen, poco a poco, emocionalmente de él para poder continuar.¹⁸

2.4.1.-Clasificación del duelo:

Dependiendo del momento en el que aparece, encontramos varios tipos de duelo:

- Duelo anticipado: como se ha mencionado anteriormente, tiene su comienzo previo a la muerte del paciente.
- Duelo agudo: en los momentos (horas o días) en torno a la muerte.
- Duelo temprano: ocurre durante las primeras semanas o meses tras el fallecimiento.
- Duelo intermedio: es aquel que va desde meses a años.
- Duelo tardío: sigue presente tras el paso de varios años.
- Duelo latente: aquel duelo que no finaliza al completo, no se ha terminado de aceptar la pérdida, por lo que en cualquier momento se puede reactivar.

Proporcionar apoyo durante el proceso de duelo es un componente esencial en los cuidados paliativos. No obstante, hoy en día hay pocas guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia dirigida a los profesionales sanitarios. A pesar de que la pérdida y el duelo son sentimientos propios del ser humano, tanto su curso como sus consecuencias varían de una

persona a otra. Para personas con gran capacidad de adaptación puede tomar menos tiempo, sin embargo, para otras, el dolor sigue latente durante mucho más tiempo.

2.4.2.-Fases del duelo de Kübler-Ross:

El duelo tiene una función adaptativa que es la de ayudar a adaptarse a la pérdida y a continuar viviendo sin esa persona significativa.

Una de las descripciones más conocidas de las distintas etapas del duelo fue escrita por la doctora Elizabeth Kübler-Ross en su libro *On Death and Dying*. En el duelo, según Kübler-Ross, se relatan una serie de fases, sin embargo, se debe puntualizar que no todas las personas tienen por qué pasar por todas las fases ni tienen que ocurrir necesariamente en orden:

- **Negación:** fase en la que prima el sentimiento de incapacidad de aceptar la pérdida. Puede relacionarse con estar viviendo una pesadilla o sentir que la pérdida es irreal, esperando que en algún momento todo vuelva a la normalidad y que el fallecimiento no haya tenido lugar. Se experimenta justo después de la muerte y suele durar horas o pocos días.
- **Ira:** la persona puede sentir ira hacia la persona fallecida y cualquiera que represente vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia. A causa de la ira, resulta complicado prestarle apoyo por sus sentimientos de ira y envidia. También pueden aparecer signos de abandono de sí mismo.
- **Negociación:** con el fin de intentar superar la vivencia traumática, se intenta llegar a un acuerdo con una divinidad, a través de un pensamiento mágico primitivo. Lo que potencia a la persona es la esperanza de que aún se puede evitar la pérdida (en el caso del duelo anticipado) o que se puede tener el control de lo que está pasando. El pacto suele ser con Dios o con uno mismo. La persona se convence de que si hace algo, tal o cual cosa, todo se solucionará y volverá a estar bien.
- **Depresión:** en esta etapa la persona se enfrenta a la realidad de la pérdida y su propia incapacidad para cambiarla. Las personas en esta fase pueden llorar, experimentar cambios en el sueño o en la alimentación, retraerse socialmente o abandonar actividades que antes mantenían.
- **Aceptación:** la persona que llega a esta etapa, ha sido capaz de aceptar, y por ende, procesar la pérdida y los sentimientos que ello le ha producido, y la idea de que es imposible recuperar al ser querido, y finalmente es capaz de retomar proyectos de futuro y tener ilusión por su vida diaria.¹⁹

Los profesionales sanitarios, concretamente Enfermería. Debido a su atención directa y continuada a los pacientes y sus familiares, juegan un rol fundamental en la atención y preparación al duelo. Entre sus funciones destacan el valorar las necesidades de los dolientes, las reacciones y comportamientos que surgen tras la pérdida de un ser querido, resolver dudas acerca del proceso, explicar las etapas del duelo y ofrecer apoyo y compañía, así como brindar recomendaciones que faciliten la adaptación a la nueva situación. Proporcionar los cuidados necesarios al enfermo para evitar el dolor, así como el confort y bienestar en la última etapa de su vida, a la vez que ofrecer tranquilidad a los familiares.²⁰

3.-Antecedentes:

El personal de enfermería es la figura más cercana al que el paciente y la familia acuden en situaciones críticas, cuando necesitan información, apoyo, y cuidados tanto físicos como psicológicos. Es por ello que el profesional debe lidiar con el sufrimiento, el dolor y los miedos que puedan existir en las distintas etapas que engloban los cuidados. Éstos, para ser eficaces, no sólo requieren de técnicas de enfermería y el conocimiento de la propia enfermedad, sino también habilidades para trabajar con los sentimientos y emociones del paciente, con o sin probabilidades de cura.

Una enfermera sin conocimientos y sin preparación se aleja de la situación como mecanismo de defensa y no se enfrenta a la muerte. Por ello es necesario que el profesional de enfermería profundice en el tema, para que pueda ver más allá de las circunstancias y comprender los procesos de muerte y el morir, procurando que la atención al paciente sea completa y humanizada, haciéndola más eficaz y de vínculo entre el paciente y la familia.²¹

Por un lado, varios estudios han demostrado que una de las principales causas generadoras de estrés en la plantilla de Enfermería está relacionada con la muerte y la agonía de los pacientes, habiendo muchos profesionales que son incapaces de afrontar estas situaciones.

Los enfermeros más ansiosos y/o depresivos son aquellos a los que más estrés le causa el contacto con el dolor y la muerte. La mayoría de los profesionales sanitarios, reclaman desde su posición la falta de formación sobre el tema de la muerte, siendo la mayoría incapaces de afrontar situaciones relacionadas con ella.²²

En diversos trabajos que abordan el tema de la muerte en el Área de la Salud, como los llevado a cabo por Castanedo (2010), Codorniu (2011), Iglesias (2011) y Vargas (2011) se relata cómo debe ser tratado el paciente, las guías de actuación, los cuidados que se deben prestar, e incluso comentan la necesidad que tiene el profesional de enfermería de ser formado en los

cuidados orientados al final de la vida y la muerte. Es muy poco común encontrar artículos en los que se hable del proceso de muerte y lo que debe hacer la enfermera para que la persona no sufra y se sienta lo suficientemente apoyada e informada para afrontar la muerte con valentía (Henderson, 1995), pero más extraordinario aún es hallar análisis en los que se trate lo que vive el personal de enfermería al enfrentar estos procesos. Los profesionales relatan sentimientos de impotencia, angustia, sufrimiento, miedo al afrontar la muerte, que interfieren en los cuidados que se prestan al enfermo y su familia (Souza; Souza et al., 2013).²³

Todo ser humano lleva consigo su propia conceptualización de la muerte. El desarrollo de dicha interpretación está influenciado por la vida social, los medios de comunicación y las particularidades de cada persona. Como ha recalcado *Sousa, Soares, Costa, Pacífico y Parente* en 2009: *“Es en este escenario de diversidad con respecto a la muerte que los profesionales de enfermería se encuentran a sí mismos viviendo en un constante desafío, enfrentándose a la batalla diaria de la vida frente a la muerte, asumiendo la responsabilidad de salvar, curar o aliviar, esforzándose siempre por preservar la vida, ya que estos profesionales consideran la muerte, en su mayoría, como un fracaso contra el que hay que luchar”*.

Las enfermeras, quiénes están formadas esencialmente para prevenir la enfermedad y promover la salud, deben ser enseñadas a no considerar la muerte como una derrota o una fuente de desmotivación. Deben considerarla como una fase en la que su trabajo es decisivo para ayudar a los pacientes y a sus familias a sobrellevar el proceso mediante el consuelo.²⁴

Por otro lado, los recientes avances tecnológicos han permitido prolongar la vida de los pacientes y retrasar la muerte, lo que ha cambiado nuestra percepción de ella (*Powazki et al., 2014*). Los hospitales se han convertido en el lugar donde la mayoría de la gente fallece y se concibe socialmente como el lugar donde se lucha contra la muerte (*Gellie et al., 2015; Lang, 2020*). Su institucionalización dificulta la integración como un proceso natural, contribuyendo a la falta de reflexión y a los tabúes en torno a las discusiones sobre el proceso de morir (*Lang, 2020; Turnbull et al., 2019*).

Los profesionales sanitarios desempeñan un papel indispensable en el cuidado de los pacientes en proceso de muerte y a sus familiares (*Quinn, 2020*). Estudios anteriores han demostrado que muchos profesionales sanitarios tienen dificultades para afrontar la muerte de los pacientes (*Prado et al., 2018*) y se sienten incómodos y angustiados cuando piensan en la muerte (*Asadpour et al., 2016; Granero-Molina et al., 2020*). Las actitudes que los profesionales sanitarios tienen hacia la muerte afectan a la atención que recibe el paciente (*Jiang et al., 2019*). El miedo de los profesionales sanitarios, quienes tienen problemas para afrontar su propia muerte

o para aceptar que la muerte es una consecuencia irremediable de la vida, se refleja en sus propias actitudes y en evitar el hacerle frente al hecho de morir (Ay & Öz, 2019).²⁵

El personal de Enfermería guía, apoya y acompaña a las personas que se encuentran en un proceso de muerte, así como a sus familiares; les ayuda a enfrentar la transición de la vida a la muerte. Este cometido, el cual es propio del cuidado del paciente, no evita que el profesional se refugie en la introyección o viva ciertas emociones a raíz de la muerte y el trabajo con enfermos terminales. Son experiencias dolorosas que, cotidianamente, el profesional experimenta; esto le ocasiona ansiedad, intranquilidad, inseguridad, etc., lo que puede producir una atención inadecuada, manifestada por actos de rechazo y escape (entre otras disfunciones), al afrontar su propio miedo ante la muerte.

Según este estudio, el hecho de aceptar la muerte como algo posible en ellos mismos y en los demás, permite que le provea un mayor significado a la vida, que la viva con responsabilidad, y experimente un mayor crecimiento personal.

La muerte no es percibida como una salida a la carga de la vida, siempre existen razones para permanecer viviendo, incluso cuando sea sin calidad. No obstante, existen ciertos momentos en los que la muerte puede llegar a ser un alivio, distinto a los resultados del estudio obtenidos en la subcategoría “Perspectiva profesional ante la muerte”, donde la mayoría de los profesionales indicaron que el objetivo del trabajo de enfermería es el de salvar la vida del paciente. Coincidiendo así con lo expuesto por *García et al*, en el estudio “*Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México-la reconstrucción del camino*”, publicado en el 2009, en donde se obtuvo como resultado que el cuidar la experiencia de vida de la persona es una labor primordial para el profesional de enfermería.

Asimismo, *Gala et al*, en el estudio “*Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual*”, determinan que salvar la vida de un paciente es el más alto sentido de trabajo para el profesional de enfermería, sin embargo, no se trata solo de mantener fisiológicamente al ser humano, sino que se debe también de recuperar la vida en todo el sentido de la palabra, intentando ofrecerle una vida de calidad. Ello, considerando que existen momentos en los que la muerte puede ser un alivio.²⁶

La enfermera es percibida desde su obligación de ser profesional junto a su misión de ser servicial y humanista; se concibe como una figura vinculante (como un puente o conector) entre la vida y la muerte, pues sus cuidados se encuentran entre ambos planos existenciales y lucha por mantener la vida pero, a la misma vez, ayudar a tener una muerte digna.

La muerte produce un sinfín de sentimientos dolorosos que genera un gran impacto emocional en la enfermera. Existen una serie de factores que inciden en la variación del impacto psicosocial que sufre la enfermera como quién muere, *“Si se trata de un ser querido”, “Cuando es alguien que dejará cosas que apenas iniciaba o a niños”*; la edad de quien muere, *“La muerte siempre es difícil, pero si es de un niño o alguien muy joven es terrible”, “Cuando es una persona muy anciana dices: -bueno, ya vivió-“*; las condiciones de muerte, *“Cuando el proceso es lento, es moriré a pausas”, “ Siempre es difícil pero más cuando tú ves que sufre mucho por el dolor”*; experiencias personales previas, *“Cuando a ti ya se te ha muerto un familiar”*; cantidad de pacientes atendidos que *“se te hayan muerto”, “Que se te hayan muerto muchos pacientes te da miedo”*; primera muerte afrontada o subsecuentes, *“La primera vez fue horrible, ha sido lo más horrible que pude haber experimentado en mi vida, fue un bebé que murió. Tenía mucho miedo, me acuerdo, fui a dejarlo al anfiteatro y salí corriendo...”*, *“De los primeros pacientes que se me murieron yo lloré, lloré mucho”, “Si ya te ha pasado es peor”*; aceptación o rechazo de la muerte por parte del paciente y/o familiares, *“Si el paciente no la acepta, entonces no te queda más que darte de topes contra la pared”*.²⁷

Maza et al. afirman que Enfermería se enfrenta en su día a día con la muerte y, probablemente, sin recibir el apoyo necesario por parte de las instituciones para las que trabajan para saber gestionar sus sentimientos de miedo y angustia, evadiendo siempre el tema de la muerte; lo que puede resultar en una pobre atención del paciente que se encuentra en el proceso de muerte. Al respecto, Sánchez remarca que los cuidados enfermeros no siempre demuestran su naturaleza holística, pues las enfermeras (os) le dan un trato alejado al paciente y su familia, por medio de respuestas inadecuadas, gestos de impaciencia, poca tolerancia y muchas veces con alto grado de deshumanización.

Algunos estudios acerca de las actitudes del profesional de enfermería durante el cuidado del paciente terminal muestran frialdad y rechazo o negatividad, desde el punto de vista fisiológico, espiritual y psicoemocional. Entre las variables relacionadas con estas actitudes destacan la edad, el haberse formado en materia sobre la muerte en pregrado, edad del primer contacto con algún fallecido y años de experiencia laboral.²⁸

En 2009, según *De Sousa et al*, la muerte de un paciente es una experiencia que causa gran impacto en cada uno de los profesionales del equipo de atención sanitaria, en concreto, en la enfermera, en la cual influye su manera de comprender el concepto de la muerte, su propio existir y las vivencias personales tanto en su ámbito profesional como en su vida personal. Todo ello interviene en su forma de actuar y proceder ante un paciente cercano a fallecer.

Es importante destacar que a la hora de prestar cuidados a pacientes terminales y sus familiares, hay una serie de circunstancias que influyen negativamente al personal de enfermería tales como falta de recursos materiales o plantillas escasas, haciendo mayor el ratio enfermera-paciente, provocando así un desgaste emocional, desrealización personal y creencias de incompetencia profesional, *Hercos et al, 2014*.

Asimismo, *Lopera Betancur*, en 2016, afirma que las profesionales se sienten en la obligación profesional de que el paciente esté siempre acompañado, o bien por sus familiares, o bien por sus amigos, e incluso, cuando esto no sea posible, por la propia enfermera. Esto implica que, a medida que el momento de la muerte del paciente está cada vez más próxima, las enfermeras intentan estar más presentes para el paciente, pues se sienten semejantes a ellos, al compartir la condición humana y la vulnerabilidad ante la muerte. Acompañar es una dolorosa obligación, a la vez que un dilema porque el profesional no se siente lo suficientemente capaz para hacer frente al intenso dolor que produce vivir la escena de la muerte.

En 2011, *Kuhn et al*, explican que los equipos de enfermería cuentan con escasa preparación en lo relacionado a la preparación del cuerpo sin vida. No todos los profesionales están preparados para lidiar con la muerte. El momento del fallecimiento del paciente demanda de una atención integral para el paciente y su familia, siendo la Enfermería quien carga con el gran peso de prestar los cuidados en dicho momento, y rara vez no deja huella en la enfermera el hecho de morir.²⁹

Por otro lado, en el estudio *Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes*, llevado a cabo en 2021, los resultados obtenidos muestran que la actitud ante la muerte de los participantes es de indiferencia, contrario a otros estudios, en los que autores han argumentado que son positivas, y se entienden como una etapa más del ciclo de la vida.

No obstante, se ha podido apreciar que a pesar de dicha actitud de indiferencia, el contacto frecuente con la muerte ha llevado al personal de enfermería a verla como un suceso que demanda salvar o alargar la vida de los pacientes, pero no como un fracaso profesional. Se cree que la actitud de indiferencia mostrada en el estudio puede estar relacionada a que los profesionales, en su día a día viven este fenómeno de manera tan común que tratan de no involucrar sentimientos o lazos afectivos con los pacientes, lo que les ayuda a aceptar la idea de muerte sin sufrir un cambio de conducta ante dicho proceso.

También, los profesionales afirman que el hecho de aceptar la muerte, les ayuda a tener una mayor responsabilidad ante su trabajo, siendo así de gran ayuda pues, al aceptar su propia muerte, se sienten más libre para cuidar al paciente terminal dentro de sus perspectivas

profesionales, coincidiendo con diversos autores quiénes afirmaban que el atender a un enfermo terminal puede aumentar la responsabilidad y la atención de la vida pues suele ligarse al pensamiento de la propia muerte o la de un familiar.³⁰

En la población del estudio *Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey*, los resultados relacionan varias características sociodemográficas y profesionales con la competencia profesional autopercebida por las enfermeras en el manejo de la muerte. En concreto, la edad (ser mayor de 31 años de edad), el género (ser hombre), la educación (formación de postgrado) y la experiencia laboral (tener más de 10 años de experiencia en enfermería) aumentaron la puntuación de afrontamiento de la muerte.

Los resultados de los cuestionarios implicaban que cuatro variables diferentes eran también importantes para evaluar la competencia profesional autopercebida en el en el afrontamiento de la muerte: 1) las relaciones enfermera-médico relacionadas con el entorno de trabajo; 2) la actitud del individuo hacia la práctica basada en la evidencia, que incluye las barreras percibidas, como la carga de trabajo y los juicios personales; 3) la práctica relacionada con la aplicación de la práctica basada en la evidencia y con la atención de los pacientes; y 4) el estrés laboral.

Un entorno de trabajo favorable entre los compañeros es útil para afrontar los cuidados al final de la vida(38). Esta percepción de un entorno laboral desfavorable también podría estar relacionada con la crisis económica que están viviendo últimamente los profesionales sanitarios españoles.³¹

En la misma línea, según Morse, mostrarse fuerte de manera consciente o no, es un signo de sufrimiento, y es una forma de tener la cabeza fría para poder llevar a cabo su labor profesional, y apoyar a los pacientes y sus familiares; así, entonces, se expone que las enfermeras sufren en los dos ámbitos: el profesional y el humano, coincidiendo así con los hallazgos de Schaefer y Vieira, en materia de sufrimiento moral de las enfermeras. Pero rehuir este contacto humano es negar el carácter humano de la enfermería. Las enfermeras son las cuidadoras de los que sufren, entienden su pesadumbre, ofrecen su hombro y alivian el sufrimiento, no obstante, según Gómez et al., esto las pueden hacer sentir distintas emociones, desde tristeza, angustia, ansiedad e impotencia.

Aún así, las enfermeras participantes opinan que no es profesional demostrar sus emociones, como lo afirman Celma y Strasser: “el saber científico anula el saber sociocultural”. Para mantenerlas ocultas, las enfermeras poseen diferentes estrategias como mantener una actitud

distante con los pacientes y sus familiares, llegando así a una cierta despersonalización, como lo describe Ramos et al.

Por otro lado, viven una lucha interna entre su visión de ser profesional, la cual no les permite dejarse emocionar, y el no poder evitarlo; Jhonson y Gray encontraron la misma lucha, fundamentada en parte en una racionalización técnica, que relega la subjetividad, contrario al deber profesional de interacción y comunicación que, según Achury, permite el “cuidado holístico y humanizado del paciente y sus familiares”, y permite tomar decisiones acertadas acerca de lo que es adecuado para el paciente.

Es necesario fortalecer las habilidades comunicativas de los profesionales de Enfermería, a fin de que puedan escuchar los temores y las angustias de pacientes y familiares, a la vez que se sientan libres de poder expresar sus propios sentimientos, con el fin de evitar el temor al ser juzgadas y criticadas, o ausentarse y dejar solo al paciente y sus familiares.³²

Por otro lado, un estudio dirigido a conocer los factores relacionados con la fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de Oncología y Cuidados Paliativos reveló que las condiciones de salud del profesional ejercen un impacto en la calidad de su trabajo (Hernández-García, 2017). Se desarrolló por medio de una revisión sistemática de las bases de datos: PubMed, Cuiden, Cinahl y PsycInfo. Se definió la fatiga por compasión como una respuesta ante el sufrimiento del paciente más que a la situación laboral, causando un efecto a nivel biopsicosocial en el profesional. Sus resultados arrojaron la necesidad de formar al personal sanitario, especialmente a los enfermeros y médicos, sobre las consecuencias de asistir a pacientes en situación paliativa. Sugirieron como recomendación el fomentar la prevención y realizar intervenciones para un manejo asertivo.

Asimismo, el estudio reveló que gran parte de las actitudes de distanciamiento del personal de enfermería se debe al intento de establecer un supuesto control y desvincularse emocionalmente del paciente, utilizándolo como un mecanismo de defensa para evitar tener que hacer frente a los sentimientos y emociones que produce el duelo, siendo éste identificado por los profesionales como uno de los aspectos más duros de manejar.³³

4.-Justificación:

Como se ha mencionado anteriormente, los profesionales de Enfermería que trabajan en los Servicios de Oncología, conviven diariamente con la muerte de sus pacientes. Estas situaciones producen sentimientos y emociones que implican una gran gestión emocional por parte de los profesionales y para ello, utilizan estrategias de afrontamiento que están influenciadas por diferentes variables como lo son la edad, el haberse formado en materia sobre la muerte en pregrado, edad del primer contacto con algún fallecido y años de experiencia laboral.²⁸

A esto se suma que los profesionales, en su gran mayoría, no poseen formación especializada acerca de como afrontar y gestionar la muerte de sus pacientes, refugiándose en el aislamiento de éste, y basándose en el cuidado técnico y dejando de lado la parte espiritual, de vital importancia en esta última etapa del ciclo de la vida.

Es por ello, que se va a llevar a cabo un trabajo de investigación en el que se pretende conocer el nivel de afrontamiento y la actitud que posee el equipo de Enfermería ante la muerte de los pacientes oncológicos, y tras conocer los resultados, dependiendo del nivel de afrontamiento con el que cuenten, proponer un programa educativo acerca de Tanatología y gestión emocional de la muerte.

Cabe destacar, la importancia de insistir en formación en cuidados al final de la vida desde que se está cursando el grado ya que, en esta profesión, independientemente del área en la que se trabaje, en algún momento habrá que enfrentarse a la muerte de un paciente, y qué mejor que tener las estrategias tanto prácticas como emocionales para proveer una muerte digna y estar satisfecha con los cuidados dados.

5.-Pregunta de investigación:

-¿Qué nivel de afrontamiento y qué actitud ante la muerte presentan los profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Canarias y del Hospital General de la Palma con experiencia en el cuidado de pacientes oncológicos terminales?.

6.-Objetivos del estudio:

-Objetivo general: Conocer qué nivel de afrontamiento y actitud ante la muerte de un paciente oncológico terminal posee el profesional de Enfermería.

-Objetivos específicos:

- Identificar la influencia de las emociones del personal de enfermería frente a la inminencia de muerte del paciente terminal en la prestación de los cuidados.
- Evaluar la necesidad de llevar a cabo un proyecto de educación sobre Tanatología y gestión emocional de la muerte en ambos servicios hospitalarios tras analizar los resultados arrojados por las encuestas.
- Comparar la manera en que viven la muerte los profesionales de enfermería que hayan tenido formación específica acerca del afrontamiento de la muerte de un paciente frente a los que no la han tenido.
- Determinar las variables que intervienen en la actitud que toma cada profesional de enfermería ante la muerte de un paciente oncológico terminal..

7.-Metodología:

7.1.-Estrategia de búsqueda:

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en diversas bases de datos de Internet tales como Dialnet, ELibro, Enferteca, Elsevier y PubMed, cuyos accesos han sido facilitados a través del metabuscador de recursos de la Biblioteca de la Universidad de la Laguna, el Punto Q.

Para acotar la búsqueda, y hacerla lo más concreta posible, se utilizaron como palabras clave los descriptores de búsqueda DeCS (*Descriptores de Ciencias de la Salud*) “Enfermería”, “Afrontamiento de la Muerte” y “Pacientes oncológicos”, cuyos equivalentes en descriptores MeSH (*Medical Subject Headings*) son “Nursing”, “Coping with death” y “Oncology patients”.

Asimismo, se empleó el término booleano “AND” (“Y”) para relacionar los términos de búsqueda, y así limitar lo máximo posible los resultados. También se utilizaron como criterios para limitar la búsqueda:

- Artículos de investigación publicados en el periodo de tiempo de 2013-2022.
- Artículos de investigación con accesibilidad al texto completo.
- Artículos de investigación en idiomas inglés, español y portugués.

De esta forma, la búsqueda bibliográfica se dividió en dos fases: la primera, en la que se ha procedido a la búsqueda y selección de artículos basándose en la lectura del título y del resumen, mientras que en la segunda, una lectura más profunda de los artículos seleccionados.

7.2.-Diseño del estudio:

El proyecto de investigación llevado a cabo se trata de un estudio de tipo cuantitativo con alcance analítico-descriptivo ya que se explora y describe la actitud que adopta el profesional de Enfermería ante el proceso de muerte. Asimismo, es un estudio de corte transversal en el que se realizará una sola medición.

7.3.-Población y muestra del estudio:

La población está conformada por Enfermeras/os, así como Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) de las Unidades de Hospital de Día Oncológico, Hematológico y Polivalente, junto a las plantas de Oncología y de Hematología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) y del Hospital de Día Polivalente y la Planta de Cuidados Paliativos (A0) del Hospital General de la Palma (HGLP).

Para obtener el número de Enfermeros así como de TCAE's que conforman las plantillas de cada uno de los Servicios anteriormente mencionados, fue necesario ponerse en contacto con el personal de recursos humanos tanto del HUC como del HGLP, los cuales facilitaron los datos tras explicarles con que fin iban a ser tratados: el proyecto de investigación.

La **plantilla de Enfermería del HGLP** de dichos Servicios está formada por:

| <i>Servicio:</i> | <i>Enfermeros/as:</i> | <i>TCAE's:</i> |
|---|------------------------------|-----------------------|
| Planta de Cuidados Paliativos (A0): | 15 | 11 |
| Hospital de Día | 5 | 4 |
| Número total de personal del equipo de Enfermería: | 20 | 15 |

La **plantilla de Enfermería del HUC** de dichos Servicios está formada por:

| Servicio: | Enfermeros/as: | TCAE's: |
|---|-----------------------|----------------|
| Planta de Oncología | 17 | 16 |
| Hospital de Día de Oncología | 10 | 6 |
| Consulta de Enfermería y Consejo Genético | 2 | 1 |
| Planta de Hematología | 17 | 16 |
| Hospital de Día de Hematología | 3 | 3 |
| Hospital de Día Polivalente | 3 | 2 |
| Número total de personal del equipo de Enfermería: | 52 | 44 |

Obteniendo así, un total de 72 enfermeras y 59 TCAE'S.

Al tener dos tipos de población, que aunque pertenezcan al mismo equipo, cuentan con diferente tipo de formación, procederemos a calcular el número de personas que se necesita que participe en el estudio para que sea representativo, pero por separado.

Como es una población finita, se aplicará un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5%, y con ello, se calculará el tamaño de la muestra , mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Las variables de la fórmula corresponden a:

- **n**, el tamaño de la muestra, la cual se pretende calcular.

- **N**, número total de la población. En este estudio la población es de **72 y 59**. (**N=72**) y (**N=59**).
- **Z α** , es el coeficiente que corresponde al nivel de confianza prefijado. Como se ha establecido anteriormente un nivel de confianza del 95%, **$\alpha = 0.05$** , el valor de **Z $\alpha = 1.96$** .
- **p**, es el valor aproximado del parámetro que se quiere medir (su variabilidad o cuán frecuente es) expresado en términos de probabilidad, es decir, en tanto por uno. Al no poseer su valor, se utiliza 0,5 (**50% = 0,5**).
- **q**: número de sujetos que no reúnen las características de estudio, (1 - p), es el complementario del valor de p. (**1 - 0,5 = 0,5**).
- **d**, es la precisión con la que se desea estimar el parámetro. Al desconocer su valor se utiliza uno entre el 1% (0,01) - 9% (0,09), en este estudio se utilizará un **5%**.

Se sustituyen los datos en la fórmula para calcular la respectiva a Enfermería:

$$n = \frac{72 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(0.05)^2 \times (72-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)} \simeq 61 \text{ sujetos.}$$

La respectiva a las TCAE's son:

$$n = \frac{59 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(0.05)^2 \times (59-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)} \simeq 52 \text{ sujetos.}$$

Por lo tanto, se necesitarán 61 Enfermeras y 52 TCAE'S para que el estudio sea representativo para la población a estudiar.

7.4.-Criterios de inclusión:

- Personal de Enfermería perteneciente a la plantilla de Hospital de Día Oncológico, Hematológico y Polivalente, junto al de las Plantas de Oncología y de Hematología del HUC, así como el de la Planta de Cuidados Paliativos (A0) y de Hospital de Día Polivalente del HGLP.
- Personal de Enfermería con experiencia laboral mayor a 3 años en Servicios en los que se prestan cuidados a pacientes oncológicos.
- Personal de Enfermería que haya afrontado experiencias previas en relación con el proceso de muerte, ya sea en torno a su práctica o de algún familiar.

7.5.-Criterios de exclusión:

- Personal de Enfermería perteneciente a la plantilla volante de los Servicios anteriormente mencionados.

- Personal de enfermería que esté en un período de duelo por pérdida de un familiar o persona cercana en los últimos seis meses.
- Encuestas con cumplimentación inferior al 50%.

7.6.-Variables a estudiar:

Las variables que se someterán a estudio serán reflejadas en las siguientes tablas:

| Variables sociodemográficas: | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Variable: | Tipo de variable: | Medición: |
| Edad del sanitario | Variable cuantitativa discreta. | Rango de años: 20-35 años 36-45 años 46-55 años >55 años. |
| Género | Variable cualitativa dicotómica. | -Masculino -Femenino |
| Estado civil | Variable cualitativa politómica. | -Soltero -Casado -Divorciado -Viudo. |
| Creencias religiosas | Variable cualitativa politómica. | -Ateísmo -Cristianismo -Islamismo -Hinduismo -Budismo. |

| Variables relacionadas con la experiencia laborales: | | |
|--|--------------------------------|--|
| Variable: | Tipo de variable: | Medición: |
| Nivel de estudios | Cualitativa politómica. | -Diplomado/Grado. -Especialidad. -Experto. -Máster. -Doctorado. |
| Años de experiencia laboral | Cuantitativa discreta. | Rango de años: 1-5 años 5-10 años >10 años |
| Servicio en el que trabaja | Cualitativa dicotómica. | -Servicio especial. -Planta. |
| Experiencia (>3 años en Servicios de Oncología) en el cuidado de pacientes oncológicos | Cualitativa dicotómica. | -Sí -No |
| Formación especializada por parte del profesional en el cuidado de pacientes oncológicos y gestión emocional de la muerte. | Cualitativa politómica | -Ninguna -Proyectos educativos -Cursos -Expertos |
| Formación especializada impartida por la institución en la que labora sobre el cuidado de pacientes oncológicos y gestión emocional de la muerte. | Cualitativa politómica | -Ninguna -Proyectos educativos -Cursos -Expertos |

| Variables de estudio: | | |
|--|--------------------------|---|
| Variable: | Tipo de variable: | Medición: |
| Perspectiva del profesional sobre la muerte. | Cuantitativa discreta | Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen (Escala tipo Likert-Puntuación del 1 al 7). |
| Habilidad de comunicación y acompañamiento del enfermo terminal y su familia. | Cuantitativa discreta | |
| Capacidad de hablar acerca de la muerte. | Cuantitativa discreta | |
| Capacidad de expresar las emociones que produce la muerte. | Cuantitativa discreta | |
| Sentimientos que genera el cuidado de una persona en proceso de muerte. | Cuantitativa discreta | Escala de FATCOD (Escala tipo Likert-Puntuación del 1 al 5). |
| Gestión del propio duelo del profesional y de la familia del fallecido. | Cuantitativa discreta | |
| Capacidad de establecer lazos emocionales con el paciente y sus familiares. | Cuantitativa discreta | |

7.7.-Material y método:

Primeramente, se acudirá a la Gerencia de Atención Especializada del Hospital Universitario de Canarias (HUC), y del Hospital General de la Palma para solicitar los permisos necesarios para poder llevar a cabo el estudio (**Anexo IV,V**).

Posteriormente, se irá a los Servicios de Hospital de Día Oncológico, Hematológico y Polivalente, a las Plantas de Oncología y de Hematología del HUC, así como a la Planta de

Cuidados Paliativos (A0) y al Hospital de Día Polivalente del HGLP para presentar a los supervisores de dichas plantillas de Enfermería el proyecto, así como el número de profesionales (enfermeros y TCAE's) a participar necesarios para tener una muestra representativa. También se explicará cada uno de los ítems por los que están compuestos los cuestionarios y se resolverán las dudas que surjan, así como la voluntariedad y confidencialidad de la participación. No obstante, se hará entrega de una cuenta de *Telegram* a la que escribir en caso de cualquier duda. Se dejarán las encuestas en el despacho de los supervisores/as y se irán recogiendo 1 vez por semana a cada isla, según se pacte con los respectivos supervisores/as. Al tener cumplimentadas todas las encuestas, se recogerán los datos, los cuáles se analizarán y tras el resultado se valorará la necesidad de llevar a cabo un programa educativo sobre Tanatología y muerte para mejorar las competencias de afrontamiento y la gestión emocional del proceso de muerte del equipo de Enfermería de ambos servicios hospitalarios.

7.8.-Instrumento de medida:

Para evaluar las competencias que poseen los profesionales de Enfermería de los Servicios de Hospital de Día Oncológico, Hematológico y Polivalente, a las Plantas de Oncología y de Hematología del HUC, así como a la Planta de Cuidados Paliativos (A0) y al Hospital de Día Polivalente del HGLP, se procederá a repartir 3 encuestas para rellenar de forma totalmente voluntaria y anónima; éstos son:

- **Cuestionario sobre características sociodemográficas** y datos de interés acerca de la formación y la experiencia laboral. Es una encuesta de elaboración propia en la que se recogerán datos demográficos (edad, sexo), profesionales (centro de trabajo, servicio, años de trabajo, experiencia en el cuidado de pacientes oncológicos, y formación especializada en el campo), creencias (creencias espirituales, religiosas, tipo de religión) (**Anexo I**).
- **Escala de Frommelt Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD)**- versión original en inglés- fue diseñada para medir las actitudes de enfermeras/os hacia el cuidado en pacientes al final de la vida. En este estudio se utilizará la versión traducida al español. Esta escala se compone de 30 elementos de tipo Likert de 1 punto (totalmente en desacuerdo), 3 puntos (neutral) y 5 puntos (totalmente de acuerdo), respectivamente. Los resultados pueden variar desde 30 a 150 puntos. Los puntajes más altos reflejan una actitud más favorable hacia el cuidado al final de la vida. (**Anexo II**).
- **La Escala de Afrontamiento a la Muerte de Bugen**, para este estudio se utilizará la versión traducida al español por Schmidt. Este cuestionario mide la competencia para manejar la muerte que tienen los profesionales; la competencia ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para

afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades. Consta de 30 ítems, cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1-7, en el que 1 significa estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación mínima es 30 y la máxima 210. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 1, 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones. Valores inferiores a 105 puntos indican afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 afrontamiento óptimo. (**Anexo III**).

7.9.-Tratamiento estadístico de los datos:

El análisis estadístico de los datos se realizará mediante el programa estadístico IBM *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) versión 27.0 para Windows.

Asimismo, se utilizará el análisis estadístico descriptivo; las variables sociodemográficas se expresarán mediante frecuencia absoluta o relativa, y posteriormente se expresarán en porcentajes para facilitar la interpretación de los resultados.

En cuanto a las variables relacionadas con la formación y la experiencia laboral, calcularemos, al ser, en su mayoría, variables cualitativas; se expresarán en frecuencia y porcentajes, y las cuantitativas en medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación estándar).

Para comparar el nivel de afrontamiento ante la muerte de los pacientes oncológicos por parte de los profesionales de enfermería de la plantilla de los Servicios del Hospital Universitario de Canarias frente al de los profesionales del Hospital General de la Palma que participaron en el estudio, lo expresaremos en estadísticos de tendencia central, en concreto, la media, de la población que ha participado en el estudio, por separado, de ambos hospitales; posteriormente, utilizaremos la prueba estadística *T-Student* para comparar ambas medias.

También se utilizará la estadística inferencial para realizar un doble muestreo, se evaluará por separado el afrontamiento de los enfermeros frente al de los TCAE's, y tras ello, se compararán entre sí.

7.10.-Consideraciones éticas:

Previo al desarrollo del estudio, se acudirá a la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias (HUC), junto a la Gerencia del Hospital General de la Palma (HGLP) para solicitar su autorización (**Anexos IV,V**).

Asimismo, respetando el derecho a la privacidad y la confidencialidad de los datos, de acuerdo con el BOE-A-2018-16673, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se repartirá un formulario de

consentimiento informado por escrito a todos los profesionales sanitarios que, voluntaria y anónimamente, decidan participar en el estudio (**Anexo VI**). Además, se llevó a cabo guardando el respeto de los principios bioéticos de Helsinki (proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación)³⁴.

7.11.-Limitaciones del proyecto:

Una limitación del estudio de investigación puede ser un posible sesgo de respuesta esperada o deseada; que los profesionales del equipo de Enfermería no respondan lo que realmente piensan y sienten, pues es complicado reconocer que sufren cuando sus pacientes fallecen, pueden sentirse vulnerables y expuestos.

8.-Logística:

8.1.-Presupuesto:

| <i>PRESUPUESTO:</i> | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|
| Cantidad: | Recursos humanos: | Coste (en euros): |
| 1 | Investigador | 0,00 |
| Recursos materiales: | | |
| 1 | Portátil | 350,00 |
| 1 | Impresora | 100,00 |
| 2 | Paquete de folios 50 unidades | 30,00 |
| 5 | Caja de bolígrafos de 20 unidades | 47,80 |
| Recursos informáticos: | | |
| 10 | Suscripción a recursos bibliográficos online | 200,00 |
| 1 | Mensualidad Programa Informático IBM SPSS Statistics | 95,53 |
| Total: | | 823,10 euros |

Fuente.-Elaboración propia.

8.2.-Cronograma:

| CRONOGRAMA: | | | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| ACTIVIDADES | MES 1 | MES 2 | MES 3 | MES 4 | MES 5 | MES 6 | MES 7 | MES 8 | MES 9 | MES 10 |
| Elección del tema de investigación. | | | | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica. | | | | | | | | | | |
| Diseño del estudio. | | | | | | | | | | |
| Elaboración de las encuestas y permisos. | | | | | | | | | | |
| Solicitud de permisos en las Gerencias. | | | | | | | | | | |
| Entrega y explicación de las encuestas a los profesionales. | | | | | | | | | | |
| Recogida de las encuestas y análisis de los datos. | | | | | | | | | | |
| Redacción de los resultados. | | | | | | | | | | |
| Interpretación y discusión de los resultados. | | | | | | | | | | |

Fuente.-Elaboración propia.

9.-Bibliografía:

- 1.-González Salanueva I. Recursos de afrontamiento. Una aproximación a su clasificación. Importancia de su potenciación. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2014; 17 (3): pág. 1058-1078.
- 2.-Duque PA, Betancur Manrique Y, Franco Galvis A, Hoyos Castañeda M, Valencia Hernández EE. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2020;22: pág. 1-11.
- 3.-Niño Martín V, Pérez Niño S. Neoplasias. En: Niño Martín V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Vol. I. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2019: pág. 81-116.
- 4.- Catherine Sánchez N. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. Rev. Med. Clin. Condes. 2013; 24 (4): pág. 553-562.
- 5.-Robayna Delgado MC. Cáncer. En: Darias Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. P. 817-844.
- 6.-De la Fuente Ramos M, Chicote Carquero S, Durán Fernández A, Fernández Vázquez I, Iglesias Casals S, Legido Díaz R. El paciente oncológico. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería médico-quirúrgica. Vol. I. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. P. 163-204.
- 7.-Díaz NA, Menocal MF, Espinosa DE, Duca IM, Giménez AC, Segovia R, Arcuri J, Zarbá JJ. Sedación paliativa terminal en cáncer. Experiencia institucional. Oncología Clínica 2019; 24 (2): pág. 56-59.
- 8.- Las cifras de cáncer en España. [Internet]. SEOM. 2021 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf
- 9.-Martín Conty JL, García López MV, Rodríguez Ponce C, Bonill de las Nieves C. Cuidados paliativos. En: García López MV, Rojas Ocaña MJ. Enfermería del anciano. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017: pág. 353-375.
- 10.-López Morales M, Rodríguez López MA. Cuidados paliativos en la infancia. En: Rodríguez López MA, González Fernández CT, Megías Plata D (coords.). Enfermería del niño y el

adolescente. Vol. II. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2021: pág. 829-860.

11.-Sacristán Rodea A, Ferrari Sanjuan M. Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamente asistido (SMA). RIECS. 2021; 6 (2): pág. 95-105.

12.-López Fernández M, de la Lama Suárez L. Sedación Paliativa en el paciente en situación terminal. NPunto. 2022; 3 (22): pág. 35-53.

13.-Zurriarán RG. Cuidados Paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. Pers. Bioet. 2019; 23 (2): pág. 180-193.

14.-Diáz Cortés M.D.M. Román López P. y María del Mar Díaz Cortés. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo [En Línea]. Almería: Editorial Universidad de Almería, 2017 [consultado 20 May 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/44595?page=1>

15.-Durán Adán A, Soler Gómez MD. El final de la vida. En: Iglesias Míguez C, López Gil R. Cáncer y cuidados enfermeros. 2ª ed. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018: pág. 397-422.

16.-Simón Navarrete ME, García Campayo J, Tazón Ansola P, Aseguinolaza Chopitea L. Manejo del duelo en Atención Primaria. En: Noriega Matanza C. Relación y comunicación. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015: pág. 447-466.

17.-Bistre Cohén S. Actualidades en el manejo del dolor y cuidados paliativos [En Línea]. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V. 2015 [consultado 20 May 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/40325?page=375>.

18.-Martín Sánchez I. Los cuidados paliativos: un estudio jurídico [En Línea]. Madrid: Dykinson, 2020 [consultado 20 May 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/129608?page=88>.

19.-Trujillo Garrido N. Cuidados paliativos [En Línea]. Madrid: Dextra Editorial, 2015 [consultado 20 May 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/138490?page=161>

20.-Sánchez Guio, T. Becerril Ramírez, N. Delgado Sevilla, D. Atención y Preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza. RECIEN. 2016; 1 (11): pág. 1-26.

- 21.-**Freitas et al. The look of Nursing on Death and Dying Process of critically ill patients: an Integrative review. *Enferm. glob.* [online]. 2016; 15 (41): pág. 322-334.
- 22.-**Cara Rodríguez, R. Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería ante la muerte. *Revista Ene De Enfermería.* 2020; 14 (1): pág. 1-14.
- 23.-**Celma Perdigon AG. Strasser G. El proceso de muerte y la Enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro. 2015;25 (2): pág. 485-500.
- 24.-**Passos Teixeira Cardoso MF. Cardoso Morais Lessa Silva MC. Pereira de Macedo Alves CM. Ferreira Pereira da Silva Martins MM. The dying process: its manifestation in nursing records. *Revista de Enfermagem Referência.* 2019; 4 (21): pág. 1-10.
- 25.-**Ruíz-Fernández, MD. Fernández-Medina, IM. Granero-Molina, J. Hernández-Padilla, JM. Fernández-Sola, C. Social acceptance of death and its implication for end-of-life care. *J Adv Nurs.* 2021;77(7): pág. 3132–3141.
- 26.-**García-Avenida DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary.* 2018 septiembre; 15 (3):pág. 281-293.
- 27.-** Pérez ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): pág. 1210-1218.
- 28.-**García RM. Factores asociados a la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente terminal. *Cuid salud.* 2017; 3(1): pág.277-287.
- 29.-**Marrero González, C., & García Hernández, A. Vivencias de las Enfermeras ante la Muerte. Una Revisión. *Revista ENE de Enfermería,* 2019; 13(2): pág. 1-13.
- 30.-**Morales Ramón Fabiola, Ramírez López Fabiola, Cruz León Aralucy, Arriaga Zamora Rosa Ma, Vicente Ruíz María Asunción, De la Cruz García Carmen, García Hernández Nallely. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte.* 2021; 12(1): 1-10.
- 31.-**Povedano-Jiménez M. Granados-Gamez G. Garcia-Caro MP. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2020; 28 (32): pág. 1-11.

32.-Lopera-Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. 2017; 17(3): pág. 284-291.

33.-Rosado-Pérez G, Varas-Díaz N. Experiencias y proceso de duelo entre profesionales de Enfermería Oncológica Pediátrica. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2019; 30 (2): pág. 290-306.

34.- Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2022 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=En%20la%20investigaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%2C%20es.personas%20que%20participan%20en%20investigaci%C3%B3n.>

10.-Anexos:

10.1.Anexo I: Cuestionario de datos sociodemográficos, de formación y de experiencia laboral.

Estimados Enfermeros/as y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE's) que trabajan en los Servicios de atención a pacientes oncológicos, primeramente, agradecerle por su participación en este proyecto de investigación, cuyo objetivo es conocer el nivel de Afrontamiento y la Actitud ante la Muerte de pacientes oncológicos que presentan los profesionales de Enfermería. El siguiente cuestionario está conformado por una serie de preguntas acerca de datos sociodemográficos, formación y experiencia laboral. Recordarle que la participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima de acuerdo con la declaración bioética de Helsinki y respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, por lo que al contestar dicho cuestionario se entiende que ha accedido a participar en él.

| Datos sociodemográficos: |
|---|
| <p>1.-Marque con una cruz dentro del recuadro el rango de edad en el que se encuentre:</p> <p><input type="checkbox"/> 20-35 años</p> <p><input type="checkbox"/> 36-45 años</p> <p><input type="checkbox"/> 46-55 años</p> <p><input type="checkbox"/> >55 años</p> |
| <p>2.-Marque con una cruz dentro del recuadro el género al que pertenece:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> |
| <p>3.-Marque con una cruz dentro del recuadro su estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero/a</p> <p><input type="checkbox"/> Casado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo/a</p> |
| <p>4.-Marque con una cruz dentro del recuadro la religión a la que pertenece:</p> <p><input type="checkbox"/> Ateísmo</p> <p><input type="checkbox"/> Cristianismo</p> <p><input type="checkbox"/> Islamismo</p> <p><input type="checkbox"/> Hinduismo</p> <p><input type="checkbox"/> Budismo</p> |

Datos de formación y experiencia laboral:

1.-Marque con una cruz dentro del recuadro la formación con la que cuenta (múltiple respuesta):

- Ciclo superior de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.**
- Diplomado/Grado**
- Cursos de formación continuada o Especialidad de Enfermería (EIR)**
- Experto**
- Máster**
- Doctorado**

2.-Marque con una cruz dentro del recuadro los años de experiencia laboral que posee:

- 1-3 años**
- 5-10 años**
- >10 años**

3.-Marque con una cruz dentro del recuadro el Servicio en el que se encuentra, actualmente, trabajando:

- Hospital Universitario de Canarias (HUC):**
 - Hospital de Día Oncológico**
 - Hospital de Día Hematológico**
 - Hospital de Día Polivalente**
 - Planta de Oncología**
 - Planta de Hematología**
 - Consulta de Enfermería y Consejo Genético**
- Hospital General de la Palma (HGLP):**
 - Hospital de Día Polivalente**
 - Planta de Cuidados Paliativos (A0):**

4.-¿Cuenta usted con experiencia en el cuidado de pacientes oncológicos? Marque con una cruz:

- Sí**
- No**

5.-¿Ha realizado usted algún tipo de formación en el cuidado de pacientes oncológicos y gestión emocional de la muerte? Marque con una cruz en caso afirmativo:

- Ninguna**
- Proyectos educativos**
- Cursos**
- Expertos**

6.-¿La institución para la que trabaja le ha impartido cursos de forma gratuita acerca del cuidado de pacientes oncológicos y gestión emocional de la muerte? Marque con una cruz en caso afirmativo:

- Ninguna**
- Proyectos educativos**
- Cursos**
- Expertos**

Fuente.-Elaboración propia.

10.2. Anexo II: Versión española de la Escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD).

El trabajo de investigación diseñado, a parte del nivel de afrontamiento que presenta el equipo de Enfermería frente a la muerte de los pacientes oncológicos, busca también conocer la actitud que adoptan cuando se enfrentan a ella, entendiendo por actitud la forma en la que interpreta a la muerte, y se comporta en base a las experiencias anteriores mas las variables que intervienen, estudiadas anteriormente. La Escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD) fue diseñada para medir las actitudes de enfermeras/os hacia el cuidado en pacientes al final de la vida.

Es importante que lea detenidamente y con paciencia cada uno de los ítems de la escala, tras ello, enumerando del 1 al 5, dónde “1” es *Totalmente en desacuerdo*, “2” es *En desacuerdo*, “3” es *Neutro*, “4” *De acuerdo*” y “5” *Totalmente de acuerdo*, conteste de forma sincera, en base a su opinión.

| Escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD). | |
|---|---|
| Versión en español. | |
| Ítems: | Puntuación (del “1” al “5”): |
| 1.-Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa. | |
| 2.- La muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona. | |
| 3.- Me resultaría incómodo hablar con una persona que se está muriendo de su propia muerte. | |
| 4.- Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo. | |
| 5.- No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo. | |
| 6.- La enfermera no es la persona adecuada para hablar de la muerte con una persona que se esté muriendo. | |
| 7.- Me provocaría frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo. | |

| Ítems: | Puntuación (del "1" al "5"): |
|--|---------------------------------|
| 8.-Me molestaría que una persona moribunda a la que estuviera cuidando perdiera la esperanza de mejorar. | |
| 9.-Es difícil establecer una relación estrecha con la familia de una persona que se está muriendo. | |
| 10.-A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo. | |
| 11.-Cuando un paciente pregunta a la enfermera ¿me estoy muriendo? Pienso que es mejor cambiar de tema. | |
| 12.-La familia debería implicarse en los cuidados físicos de la persona que se está muriendo. | |
| 13.-Preferiría que la persona a la que estoy cuidando muriese cuando yo no esté. | |
| 14.-Me da miedo establecer una amistad con la persona que se está muriendo. | |
| 15.-Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo. | |
| 16.-La familia necesita un soporte emocional para aceptar los cambios en la conducta de la persona que se está muriendo. | |
| 17.-Cuando un paciente está cercano a la muerte, la enfermera debería dejar de implicarse en su cuidado. | |
| 18.-La familia debe preocuparse de que el enfermo viva lo mejor posible lo que le queda de vida | |
| 19.-La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos | |
| 20.-La familia debería mantener un entorno tan normal como sea posible por el bien del enfermo. | |
| 21.-Es bueno que la persona que se está muriendo verbalice sus sentimientos. | |
| 22.-Los cuidados de enfermería deben hacerse extensivos a la familia de la persona que se está muriendo. | |
| 23.-Las enfermeras deben permitir un horario flexible de visitas para las personas que se están muriendo. | |

| Ítems: | Puntuación (del "1" al "5"): |
|---|---------------------------------|
| 24.-La persona que se está muriendo y su familia deberían ser los responsables de la toma de decisiones. | |
| 25.-La adicción a los analgésicos no debe ser una preocupación para las enfermeras de un paciente moribundo. | |
| 26.-Me sentiría incómodo si al entrar en la habitación de un paciente con una enfermedad terminal, me lo encontrase llorando. | |
| 27.-Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado. | |
| 28.-Educar a las familias sobre la muerte y el proceso de morir no es una responsabilidad de enfermería. | |
| 29.-Los familiares que permanecen junto al paciente moribundo, a menudo interfieren en el trabajo del profesional con el paciente | |
| 30.-Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte. | |

Fuente.- Elaboración propia basada en el artículo Osés Zubiri M. Casas Fernández de Tejerina JM. Seguel Palma F. Competencias en Fin de vida entre un grupo de enfermeros españoles y chilenos.ENE.2020;14(2): pág. 2-20.

10.3.Anexo III: Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen.

La Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen mide la competencia para manejar la muerte que tienen los profesionales; la competencia ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades. En primer lugar, es importante que lea detenidamente y con paciencia cada uno de los ítems de la escala, tras ello, enumerado del 1 al 7, dónde “1” es *Totalmente en desacuerdo*, “3” es *Neutro*, “5” *De acuerdo* y “7” *Totalmente de acuerdo*, conteste en base a su opinión.

| Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen. | |
|--|---------------------------------|
| Ítems: | Puntuación (del “1” al “5”): |
| 1.-Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir. | |
| 2.-La muerte es un área que se puede tratar sin peligro. | |
| 3.-Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias. | |
| 4.-Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos. | |
| 5.-Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano. | |
| 6.-Me siento preparado para afrontar mi muerte. | |
| 7.-Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir. | |
| 8.-Entiendo mis miedos respecto a la muerte. | |
| 9.-Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral. | |
| 10.-Últimamente creo que está bien pensar en la muerte. | |
| 11.-Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte. | |
| 12.-Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir. | |

| Ítems: | Puntuación (del "1" al "5"): |
|---|---------------------------------|
| 13.-Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual. | |
| 14.-Me importa más la calidad de vida que su duración. | |
| 15.-Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos. | |
| 16.-Sé con quién contactar cuando se produce una muerte. | |
| 17.-Seré capaz de afrontar pérdidas futuras. | |
| 18.-Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí. | |
| 19.-Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales. | |
| 20.-Sé cómo hablar con los niños de la muerte. | |
| 21.-Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si la necesitan. | |
| 22.-Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir. | |
| 23.-Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte. | |
| 24.-Puedo disimular la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir. | |
| 25.-Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida. | |
| 26.-Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero. | |

Fuente.-Elaboración propia basada en el artículo Galiana L. Oliver A. Sansó N. Benito E. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. SECPAL.2015; 24 (3): pág. 126-135.

10.4. Anexo IV: Solicitud de autorización a la Gerencia del Hospital General de La Palma.

Estimada María Mercedes Coello Fernández-Trujillo, gerente del Hospital General de la Palma, me remito a usted como alumna de 4º curso del Grado de Enfermería de la Universidad de la Laguna de la sede de la Palma, Ana Gabriela Jiménez García, investigadora principal del proyecto de investigación “*Afrontamiento del personal de enfermería frente a la muerte de los pacientes oncológicos en el Hospital Universitario de Canarias y en el Hospital General de la Palma*”, bajo la tutorización de Gerson Reyes Abreu. El objetivo del proyecto de investigación es conocer el nivel de afrontamiento y actitud ante la muerte de pacientes oncológicos del equipo de Enfermería de los Servicios del Hospital de Día y de la Planta de Cuidados Paliativos (A0) del Hospital General de la Palma (HGLP). Para ello, se procederá a difundir, en los servicios anteriormente mencionados, 1 cuestionario con preguntas acerca de datos sociodemográficos, formación específica y experiencia laboral en el campo de la Oncología, además, utilizaremos la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen para evaluar el nivel de afrontamiento del equipo de enfermería, así como la escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD), la versión en español, para determinar qué actitud presentan ante la muerte.

Asimismo, se pretende llevar a cabo un programa educativo acerca de Tanatología y gestión emocional de la muerte en el caso de que los resultados del estudio arrojen un bajo nivel de afrontamiento y una actitud de ansiedad ante la muerte.

Cabe destacar que los profesionales del equipo de Enfermería que participen en el estudio lo harán de forma totalmente voluntaria y anónima por lo que los datos personales y laborales recogidos serán tratados de forma confidencial y no vinculante, de acuerdo con la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”.

Agradezco su colaboración de antemano,

Atentamente, Ana Gabriela Jiménez García.

Firma Investigadora:

Firma Gerente del Hospital General de la Palma:

En Breña Alta, a _____ de _____ de 2022.

10.5. Anexo V: Solicitud de autorización a la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias.

Estimada Gerente del Hospital Universitario de Canarias, me remito a usted como alumna de 4º curso del Grado de Enfermería de la Universidad de la Laguna de la sede de la Palma, Ana Gabriela Jiménez García, investigadora principal del proyecto de investigación “*Afrontamiento del personal de enfermería frente a la muerte de los pacientes oncológicos en el Hospital Universitario de Canarias y en el Hospital General de la Palma*”, bajo la tutorización de Gerson Reyes Abreu. El objetivo del proyecto de investigación es conocer el nivel de afrontamiento y actitud ante la muerte de pacientes oncológicos del equipo de Enfermería de los Servicios de Hospital de Día y Planta de Oncología y Hematología del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Para ello, se procederá a difundir, en los servicios anteriormente mencionados, 1 cuestionario con preguntas acerca de datos sociodemográficos, formación específica y experiencia laboral en el campo de la Oncología, además, utilizaremos la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen para evaluar el nivel de afrontamiento del equipo de enfermería, así como la escala Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD), la versión en español, para determinar qué actitud presentan ante la muerte.

Asimismo, se pretende llevar a cabo un programa educativo acerca de Tanatología y gestión emocional de la muerte en el caso de que los resultados del estudio arrojen un bajo nivel de afrontamiento y una actitud de ansiedad ante la muerte.

Cabe destacar que los profesionales del equipo de Enfermería que participen en el estudio lo harán de forma totalmente voluntaria y anónima por lo que los datos personales y laborales recogidos serán tratados de forma confidencial y no vinculante, de acuerdo con la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”.

Agradezco su colaboración de antemano,

Atentamente, Ana Gabriela Jiménez García.

Firma Investigadora:

Firma Gerente del Hospital Universitario de Canarias

En San Cristóbal de la Laguna , a _____ de _____ de 2022.

10.6. Anexo VI: Consentimiento informado para los profesionales de Enfermería que participan en el estudio de investigación.

Título del Proyecto: “Afrontamiento del personal de enfermería frente a la muerte de los pacientes oncológicos en el Hospital Universitario de Canarias y en el Hospital General de la Palma”.

Investigador principal: Ana Gabriela Jiménez García.

Yo, _____ he sido informado por el Enfermero Supervisor. _____, colaborador/a del citado proyecto de investigación, y declaro que:

- 1.-He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- 2.-He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- 3.-He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4.-He recibido suficiente información sobre el estudio.
- 5.-Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- 6.-Comprendo que todos mis datos serán tratados **confidencialmente**.
- 7.-Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros.

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio,

Nombre y firma del Participante:

Fecha:

Nombre y firma del Investigador:
