



Universidad de Jaén

Trabajo Fin de Grado

Percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes

Alumno: Gema Beltrán Moreno

Tutor: Prof. D. Manuel González Cabrera

Departamento de Enfermería

Mayo, 2014



Universidad de Jaén

Nombre del Centro

Trabajo Fin de Grado

Percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes

Alumno: Gema Beltrán Moreno

Tutor: Prof. D. Manuel González Cabrera

Departamento de Enfermería

Mayo, 2014

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, Manuel González, por haberme guiado con paciencia y profesionalidad en la realización de este trabajo, ayudándome siempre en todo con el fin de conseguir juntos los mejores resultados.

A todos los profesores y profesionales de la salud que me han enseñado, educado y ayudado a crecer profesionalmente y como persona.

A mi familia, por haber soportado tantas horas de trabajo.

Finalmente, a todos aquellos profesionales de Enfermería junto con los que, durante mi estancia de prácticas en hospitales y centros de salud, he vivido mano a mano el fenómeno de la muerte, así como por haberme contado sus relatos y experiencias sobre este hecho, inspirándome así a realizar este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Recorrido histórico.....	12
1.2 La muerte y el proceso de morir	13
1.3 Justificación	16
1.4 Objetivos.....	17
2. METODOLOGÍA.....	18
2.1 Tipo de estudio.....	18
2.2 Métodos de búsqueda.....	18
2.3 Limitaciones del estudio.....	22
2.4 Manifiesto de intereses	22
3. RESULTADOS.....	22
4. DISCUSIÓN.....	30
5. CONCLUSIONES.....	33
6. BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS.....	38

Resumen

La muerte es un fenómeno que, a menudo, ocurre en el ámbito de la salud, provocando un gran número de emociones en los profesionales de Enfermería que se enfrentan a este hecho. **Objetivo.** Conocer las percepciones y actitudes que experimentan los profesionales de Enfermería ante la muerte de los pacientes.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en profundidad tras realizar una búsqueda exhaustiva en bases de datos, tanto nacionales como internacionales: *PubMed, CINAHL, LILACS, Cuiden Plus, Medline*, así como el buscador *Google Scholar*.

Resultados. Los 33 estudios hallados afirman que las principales percepciones y actitudes experimentados, tanto por profesionales como por estudiantes de Enfermería, son la impotencia y la frustración, siendo más intensos cuando tienen que hacer frente a la muerte de niños y pacientes jóvenes, así como cuando se establece un vínculo emocional, los cuales utilizan como mecanismos de defensa la negación y el distanciamiento emocional. La mayoría de profesionales y estudiantes de Enfermería afirman no haber recibido la suficiente formación acerca de esta temática y consideran que sería preciso incrementar la educación. **Conclusiones.** La información hallada pone de manifiesto la necesidad de indagar en este tema tan común en el día a día de la Enfermería, así como incrementar la educación sobre la muerte para que, tanto profesionales como estudiantes de Enfermería, elaboren una buena aceptación de este hecho, evitando que intervengan sus propios miedos a la muerte y mejorando así el cuidado y el acompañamiento del paciente y la familia en la fase final de la vida.

PALABRAS CLAVE: *Impacto, muerte, Enfermería, ansiedad, actitudes ante la muerte, duelo*

Abstract

Death is a phenomenon that often occurs in the field of health, causing a large number of emotions in nursing professionals who face this fact. **Objective.** Understand the perceptions and attitudes experienced by nursing professionals to the death of patients. **Methodology.** There has been a literature review in depth after conducting an exhaustive search of databases, both national and international: PubMed, CINAHL, LILACS, Cuiden Plus, Medline and Google Scholar search engine. **Results.** The 33 found studies claim that the main perceptions and experienced attitudes, both by professionals and nursing students, are impotence and frustration, more intense being when they have to cope with the death of children and young patients and when establishes an emotional bond, which use as defense mechanisms denial and emotional distance. Most professionals and nursing students said they had not received sufficient training on this subject and would need to consider the increasing education. **Conclusions.** The information found highlights the need to investigate this common theme in day to day nursing and increasing education about death for both professionals and nursing students, develop a good acceptance of this fact, avoid involving their own fears of death and improving the care and support of the patient and family in the final phase of life.

KEYWORDS: *Impact, death, Nursing, anxiety, nurses, attitudes toward death, grief*

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en un período de grandes descubrimientos en medicina como huellas de ADN (Ácido desoxirribonucleico), la clonación de algunos animales, descubrimiento de fórmulas que permiten el aumento de la longevidad y los avances en los tratamientos de enfermedades. Sin embargo, el hombre no puede desentrañar la muerte, sigue siendo un misterio. ⁽¹⁾

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, en el que la mayoría de nuestros actos vitales se van extinguiendo inevitablemente en una secuencia gradual y silente, escapando generalmente a la simple observación. ⁽²⁾ Estancanti define la muerte como *“la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud del ser, que sufrida de forma impotente y pasiva no está en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre”*. ⁽³⁾

Otro autor señala que *“la muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherentes a la condición humana, que comparten aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica”*. ⁽⁴⁾

Podemos decir que la muerte es un suceso inevitable y común que se produce continuamente en nuestra sociedad. Como reflejo de este hecho, existen las denominadas tasas de mortalidad, las cuáles registran el número y control de defunciones o muertes que ocurren en un país al año atendiendo al sexo y la edad de la población, así como también determinan las principales causas de muerte de la sociedad. Los últimos datos recogidos en 2010 en España muestran que se produjeron un total de 382.047 defunciones en este año, lo que supone una tasa de mortalidad bruta de 829,2 defunciones por cada 100.000 habitantes, siendo la tasa de mortalidad ajustada por edad un 78% superior en hombres que en mujeres (Tabla 1). ⁽⁵⁾

Rango ¹	Causa de muerte (basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión)	Número de defunciones	Porcentaje del total de defunciones	Tasa de mortalidad bruta
...	Todas las causas	382.047	100,0	829,2
1	Cáncer C00-C97	103.307	27,0	224,2
2	Enfermedades del corazón I00-I09,I11, I13, I20-I51	78.187	20,5	169,7
3	Enfermedades cerebrovasculares I60-I69	30.161	7,9	65,5
4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores J40-J47	15.676	4,1	34,0
5	Enfermedad de Alzheimer G30	11.343	3,0	24,6
6	Accidentes no intencionales V01-X59,Y85-Y86	10.100	2,6	21,9
7	Diabetes mellitus E10-E14	9.799	2,6	21,3
8	Neumonía e influenza J10-J18	7.547	2,0	16,4
9	Nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico N00-N07, N17-N19, N25-N27	6.462	1,7	14,0
10	Enfermedad hipertensiva I10, I12, I15	4.935	1,3	10,7
11	Enfermedad crónica del hígado y cirrosis K70, K73-K74	4.821	1,3	10,5
12	Suicidio X60-X84+Y87.0	3.158	0,8	6,9
13	Enfermedad de Parkinson G20-G21	3.138	0,8	6,8
14	Septicemia A40-A41	2.816	0,7	6,1
15	Enfermedad vascular intestinal K55	2.761	0,7	6,0
...	Resto de causas	87.836	23,0	190,6

¹ Rango basado en el número de defunciones

Tabla 1. Principales causas de muerte en España en 2010. Número de defunciones, porcentaje sobre el total de defunciones y tasa de mortalidad bruta por 100.000 habitantes, según causa de muerte. (Fuente: Patrones de mortalidad en España, 2010)

Casi un 60% de las defunciones se deben a las primeras cuatro causas de muerte (Tabla 2).⁽⁵⁾

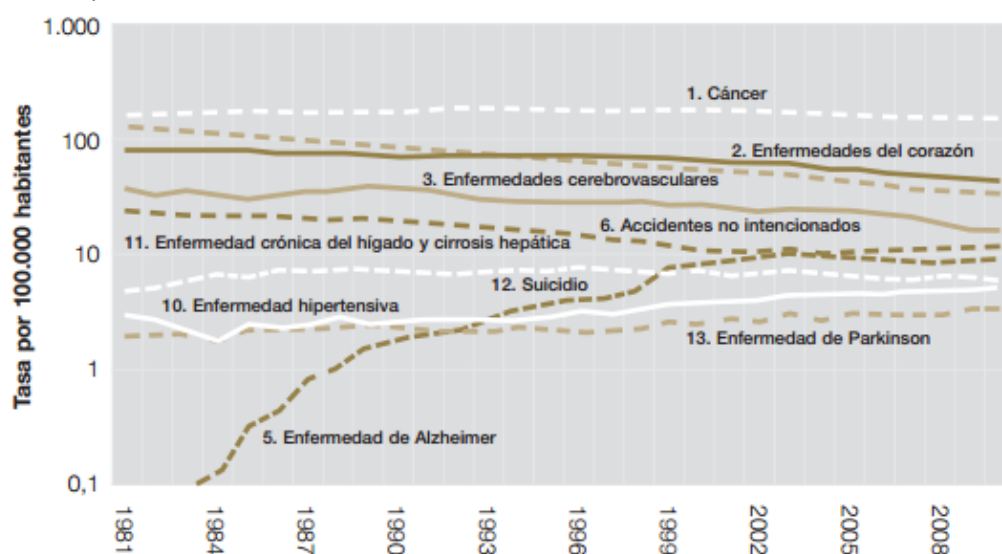


Tabla 2. Tasa de mortalidad ajustada por edad por algunas de las principales causas de muerte. España, 1981-2010. (Fuente: Patrones de mortalidad en España, 2010)

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil en el año 2010 fue de 3,2 defunciones en menores de un año por cada 1.000 niños nacidos vivos (Tabla 3).⁽⁵⁾

Rango ²	Causa de muerte (basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión)	Número de defunciones	Porcentaje del total de defunciones	Tasa de mortalidad bruta
...	Todas las causas	1.553	100,0	319,2
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas Q00-Q99	434	27,9	89,2
2	Hemorragia del recién nacido P50-P52, P54	82	5,3	16,9
3	Sepsis bacteriana del recién nacido P36	80	5,2	16,4
4	Hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento P20-P21	59	3,8	12,1
5	Dificultad respiratoria del recién nacido P22	58	3,7	11,9
6	Síndrome de la muerte súbita infantil R95	57	3,7	11,7
7	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer P07	50	3,2	10,3
8	Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo P01	47	3,0	9,7
9	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido P77	40	2,6	8,2
10	Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta y membranas P02	36	2,3	7,4
...	Resto de causas	610	39,3	125,4

¹ Tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos
² Rango basado en el número de defunciones

Tabla 3. Principales causas de muerte en menores de 1 año en España en 2010. Número de defunciones, porcentajes sobre el total de defunciones y tasa de mortalidad infantil según causa de muerte. (Fuente: Patrones de mortalidad en España, 2010).

Estos datos tan significativos hacen necesario el hecho de indagar sobre todo lo relacionado con la muerte, ya que es uno de los acontecimientos más comunes y relevantes que ocurren en nuestra vida, al cual debemos hacer frente día a día inevitablemente. Y no sólo estos datos lo respaldan, sino también el hecho de que las diferentes características que presenta este suceso hacen de él una de las fuentes de impacto emocional más significativas, que se presenta a la vida como una amenaza, pues representa el final de nuestra existencia.⁽⁶⁾

Además, se concibe como algo extraño, terrible y aterrador, que se oculta y se niega, sin hablar de lo que está sucediendo, por ello se ve como buena muerte la muerte

repentina, que viene sin que nadie lo note y, sobre todo, si cuando llega estamos inconscientes o durmiendo. ⁽⁷⁾

Según Galindo, *“la muerte inspira mucho temor y respeto, está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin muerte”*. ⁽⁸⁾ El hecho de que el ser humano no disponga de libertad para determinar la muerte, para aceptarla, integrarla y vivir con ella, debido al carácter de irreversibilidad que esta posee, hace difícil que pueda asimilarla al igual que otras experiencias de la vida y, por lo tanto, comprenderla. ⁽⁹⁾

A pesar de tratarse de un fenómeno absolutamente natural, es cierto que no siempre existe una aceptación plena de este suceso por parte de la sociedad, constituyendo un hecho muy temido por la mayor parte de las personas. Eseverri comenta que: *“Actualmente, no se enseña a reflexionar sobre la muerte ni tampoco se educa para morir”*. ⁽¹⁰⁾

La literatura especializada describe la experiencia de la muerte y su proceso como una de las vivencias más impactantes para la mayoría de profesionales de la salud, siendo de gran interés científico y considerándolo como uno de los mayores retos que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes de Ciencias de la Salud. ⁽¹¹⁾

Esto se debe a que la mayoría de enfermeros/as elige esta profesión para ayudar a las personas en todo lo posible, pero cuando esta ayuda está relacionada con la muerte y el duelo, nuestra capacidad para llevar a cabo esta acción se encuentra con ciertas limitaciones. Como seres humanos que son, el equipo de salud se enfrenta a la muerte de sus propios seres queridos, por lo tanto, deben reconocerse vulnerables para poder comprender que las situaciones de duelo y muerte en los pacientes les van a afectar. ⁽⁹⁾

El duelo (del latín dolus, dolor), ha sido definido por diversos autores como *“el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad”*. ⁽¹²⁾ El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como *“las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte*

de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar".⁽¹³⁾ La pérdida que se produce puede ser de cualquier tipo, no sólo de una persona. Se refiere a algo personal y único, por lo que cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo, produce reacciones humanas comunes, afectando a la persona en diferentes aspectos: psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales.⁽⁹⁾

Estas emociones se van presentando en etapas, por lo que se deduce que el duelo es un proceso. No todas las personas avanzan del mismo modo por estas etapas, sino que cada persona puede percibir las etapas con distinto orden y distinta intensidad.

Son numerosos los autores de Psicología, Psiquiatría y Enfermería que han investigado sobre las fases por las cuales atraviesa la persona en el proceso de elaboración del duelo, pero las etapas elaboradas por Elizabeth Kübler-Ross⁽¹²⁾ son las más conocidas. Se distinguen cinco etapas, definidas por los cambios conductuales ante la pérdida, sea ésta por enfermedad, duelo o muerte. También suelen aparecer en profesionales sanitarios, familiares y allegados, continuando éstas más allá de la finalización la vida del paciente terminal, generándose el siguiente proceso:

- 1) Negación:** es un mecanismo primario por el cual el paciente no acepta la enfermedad, ni el tratamiento, o la persona en duelo no acepta aún su pérdida.
- 2) Ira:** en esta etapa la rabia, el enojo, la ira, el odio y la envidia, surgen de manera irracional, incontrolable, ante la pérdida y los cambios que es necesario realizar para adaptarse a la nueva situación. El paciente, o el doliente, se encuentran enojados con Dios, con la vida y consigo mismos.
- 3) Negociación:** es la etapa en la que el paciente o el doliente están evasivos, incrédulos, ambivalentes, porque todavía no terminan de aceptar su situación. Prometen y buscan buenas conductas para alcanzar su consuelo: "si me porto bien, si rezo, etc.", pero en el fondo su búsqueda tiene como fin liberarse del miedo.
- 4) Depresión:** es una etapa de profunda tristeza; evidentemente, la manifestación propia del duelo. Es la fase de mayor duración, donde se expresa más libremente el dolor por la pérdida, real o simbólica.

- 5) Aceptación:** en este momento, el paciente o el doliente logran aceptar la enfermedad o la pérdida y los cuidados que debe tener, así como las propias limitantes, y se reincorporan a su vida familiar y laboral.

Atendiendo a estas etapas, podemos decir que durante el proceso de duelo, la persona avanza, empezando desde el rechazo de la verdad hasta su aceptación. Si el profesional de Enfermería entiende este proceso, será beneficioso para él, así como para ayudar al paciente o a la familia a redefinir su situación tras la pérdida.

Pero esta concepción de la muerte que tenemos en la actualidad no ha sido siempre así, sino que ha ido transformándose a lo largo de la historia. A continuación, veremos algunos claros ejemplos. ⁽¹²⁾

1.1. Recorrido histórico

La muerte es un hecho presente en todas las culturas actuales, antiguas e incluso prehistóricas. Sin embargo, las actitudes y comportamientos hacia ella han ido cambiando a lo largo de la historia, condicionadas por la concepción que los individuos tienen de ésta, es decir, si la ven como fin de la vida o como tránsito a una vida ulterior. ⁽⁶⁾

No es sólo un evento biológico e inevitable de la vida humana, sino también un proceso construido socialmente y, por tanto, ha tomado diversas representaciones colectivas en las sociedades occidentales a lo largo de la historia. ⁽¹⁴⁾

Remontándonos a la Grecia clásica, mundo romano y la Edad Media, la muerte era vista como algo lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador. Tanto el moribundo como sus familiares, e incluso el pueblo, conocían el proceso de muerte. ⁽²⁾

Así continuó hasta el siglo XX, a partir del cual, la muerte ya no se veía como algo lógico y natural ⁽²⁾, sino que más bien comenzó a ser concebida como algo vergonzoso, un acontecimiento que debía ser ocultado a todo el mundo para garantizar la

impresión de que nada había cambiado. En este entorno cambiante, la muerte ya no es percibida como un fenómeno natural, sino que es considerada sinónimo de fracaso, impotencia e ineptitud. ⁽¹⁴⁾

Es a partir de 1930, aproximadamente, cuando, gracias al avance tecnológico y la medicina, se consolida un cambio decisivo en la representación colectiva de la muerte, la cual se confina en el universo hospitalario. ⁽²⁾ Los rituales fúnebres públicos se dejaron de lado, ya que nadie moría en su casa rodeado de familiares y amigos, sino a escondidas en el silencio aséptico de los hospitales, junto a los profesionales de salud. En este ámbito, la mayoría de las veces el paciente no toma parte en las decisiones médicas, sumiéndose en la ignorancia sin ejercer ningún control sobre su proceso de muerte. ⁽¹⁵⁾

La presencia de la muerte es ocultada y disimulada por el equipo de salud en este entorno, que difícilmente admite la terminalidad del enfermo y, cuando sucede lo inevitable, reacciona de forma rápida deshaciéndose del cuerpo sin vida lo antes posible a través de procedimientos burocráticos y técnicos. ⁽¹⁶⁾

Hoy en día, la sociedad occidental trata la muerte como un tema tabú prohibido y como sinónimo de fracaso profesional dentro del sistema sanitario. En los últimos años, el hombre occidental ha experimentado un cambio brusco y rápido acerca de los sentimientos y pensamientos expresados hacia la muerte, pudiéndose considerar que ha cambiado significativamente su visión de ésta.

Nos parece que es el momento idóneo para reflexionar y comprender la muerte como parte inevitable de la vida, un evento que se acompaña de dolor, sensación de pérdida, etc. que es experimentado por cualquier ser humano y debe ser respetado como un momento de sufrimiento. ⁽¹⁾

1.2. La muerte y el proceso de morir

La muerte es, y ha sido siempre, el resultado inevitable incluso del mejor tratamiento médico. Hay infinidad de personas que esperan que la medicina desbanque

definitivamente la muerte, ya que no entienden su inevitabilidad. Sin embargo, la propia medicina considera la muerte como su mayor enemiga. ⁽²⁾

Desde tiempos inmemorables, la medicina se ha centrado principalmente en eliminar la enfermedad, así como todas las causas posibles de muerte, por lo tanto, cuando ésta se presenta inevitablemente en el medio hospitalario, se vive como un fracaso en el ámbito de la salud. ⁽¹⁷⁾

Las personas viven experimentando miedo hacia la muerte, pero son los profesionales sanitarios los que realmente están en continuo contacto y enfrentándose a la realidad de la muerte de otras personas de forma constante. Esto puede influir positiva o negativamente en la actitud del personal sanitario. ⁽¹⁸⁾

Concretamente, desde la institucionalización de la muerte, ya que la sociedad prefiere una muerte en el hospital más que en el hogar, el personal de Enfermería representa a los profesionales de la salud que permanecen en mayor contacto directo y prolongado con los pacientes terminales, así como con sus familiares. Son los primeros que satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes y, en consecuencia, se crean muchos lazos emocionales entre enfermero/a – paciente y enfermero/a – familia. El enfermero/a se convierte en el primer profesional para hacer frente a la muerte y el proceso de morir del paciente y, consecuentemente, se hace más susceptible a los altos niveles de estrés que éste hecho produce, despertando diversos sentimientos y adoptando diferentes actitudes ante él. ⁽¹⁹⁾

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones tanto en profesionales como en estudiantes de Enfermería tales como, impotencia, frustración, tristeza, dolor, sufrimiento, angustia...^{(1) (6)}

Se hace necesario, pues, comprender el concepto de “actitudes”. Un autor refiere que *“las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección, lo que es uno de los caros anhelos de las ciencias sociales”*. ⁽¹⁷⁾

Según este argumento, deberíamos plantearnos hasta qué punto el hecho de que prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal, y a sus familiares, necesite de una formación específica en Enfermería, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y otros cuidados paliativos, tanto en su formación universitaria como durante su desempeño profesional. ⁽¹⁷⁾ Además de pacientes con enfermedades terminales, cuya muerte se considera una muerte anunciada, los enfermeros/as también deben hacer frente a numerosas ocasiones en las que la muerte se presenta de manera inesperada y repentina, dejando un gran vacío en quienes permanecen todavía en la dimensión terrenal. ⁽⁹⁾

Por otro lado, los profesionales de la salud no contemplan todas las muertes de igual manera, sino que depende de la edad del paciente, la enfermedad y la relación que posean con el paciente y la familia. ⁽²⁾

El conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en cómo éstas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares. ⁽¹⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que *“el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés”*. ⁽²⁰⁾

En este mismo orden de ideas, Barrantes plantea que *“la labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdidas significativas, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo (incluyendo al paciente terminal), por un camino lento, largo y extremadamente doloroso que implica deshacer poco a poco el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y guardar en el mundo interno su imagen, su recuerdo y/o el recuerdo de sus experiencias de vida”*. ⁽²¹⁾

Lamentablemente, en nuestra sociedad, el equipo interdisciplinario de salud ha sido formado principalmente para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero deberíamos preguntarnos lo siguiente, ¿están adecuadamente preparados los profesionales de la salud para comprender que, en ocasiones, su intervención profesional deberá estar destinada a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar cara a cara la muerte y el duelo de forma digna?, lo que conlleva ofrecer un apoyo esencial en sus decisiones, enfrentando no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales. ⁽⁹⁾

La Enfermería se considera la profesión de la salud más susceptible al estrés laboral debido al contacto directo, intenso y prolongado con el paciente terminal y la muerte. ⁽¹⁴⁾ Por ello, resulta necesario investigar qué actitudes son las que hay que adoptar para poder ofrecer la mejor calidad de cuidados tanto a pacientes como a familiares en esta etapa de la vida. ⁽²⁾

Todo esto nos llevaría a pensar si es suficiente o se necesita profundizar más en la formación del personal en este tema, plantear la necesidad de capacitar de forma más puntual y eficaz tanto a alumnos como profesionales de Enfermería para afrontar las tensiones ocasionadas por estas vivencias; todo ello con el propósito de facilitar el desarrollo de las estrategias de afrontamiento necesarias para que estos profesionales encuentren el apoyo institucional necesario para hacer frente a estas experiencias. ⁽²⁾
⁽¹⁰⁾

1.3. Justificación

La muerte es un suceso y un tema muy común en la sociedad actual. Un claro ejemplo que avala esta afirmación son las denominadas tasas de mortalidad de cada país. Como hemos comentado antes, éstas muestran que en 2010 se produjeron en España unas 382.047 defunciones, llegándose a una tasa de mortalidad de 829,2 defunciones por cada 100.000 habitantes. ⁽⁵⁾ Todos somos conscientes de que este suceso resulta inevitable, de que es propio del curso de la vida y que no podemos hacer nada para impedirlo. Pero, sobre lo que sí podemos actuar es ante las percepciones y actitudes

que experimentan las personas ante la muerte, especialmente los profesionales de Enfermería, ya que representan el colectivo que tiene un mayor contacto directo con este suceso. ⁽¹⁹⁾

Desde mi propia experiencia, desgraciadamente he podido experimentar la muerte de algunos de mis familiares y seres queridos (abuelos, amigos...) causando un gran impacto tanto en mí como en el resto de familiares y amigos más allegados.

Pero no sólo la he vivido como ser humano, sino también como estudiante de Enfermería durante mi período de prácticas. En este tiempo he afrontado directamente, junto con los profesionales de Enfermería, el impacto de la muerte, siendo mucho mayor cuando ésta afecta a niños o pacientes jóvenes, así como a pacientes con los que los profesionales sanitarios habían creado lazos emocionales.

Por esta razón, se hace necesario investigar sobre este hecho y, especialmente, para profundizar en el conocimiento de sí, tanto profesionales como estudiantes de Enfermería, reciben la formación adecuada para afrontar estas situaciones y mantener una actitud adecuada, así como cuáles son los mejores métodos para encarar la muerte.

1.4. Objetivos

Objetivo general

Conocer las percepciones y actitudes que experimentan los profesionales de Enfermería ante la muerte de los pacientes.

Objetivos específicos

- Conocer el nivel de afectación que tiene la muerte de pacientes en los estudiantes de Enfermería.
- Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan tanto profesionales como estudiantes de Enfermería a la hora de enfrentarse a la muerte.

- Identificar la repercusión que tienen diversos factores como la edad del paciente, la experiencia profesional, etc. en el afrontamiento de la muerte por parte del personal de Enfermería.
- Determinar si es suficiente y adecuada la formación de Enfermería sobre este tema.

2. METODOLOGÍA

2.1. *Tipo de estudio*

El siguiente estudio consiste en una búsqueda bibliográfica exhaustiva con el fin de conocer las percepciones y actitudes que experimentan los profesionales de Enfermería ante la muerte de sus pacientes.

2.2. *Métodos de búsqueda*

La información empleada ha sido extraída de las siguientes bases de datos, tanto de lengua española como extranjera (inglés, portugués y francés), tras realizar una búsqueda completa y detallada en las mismas:

- ***PubMed***
- ***CINAHL***
- ***LILACS***
- ***Cuiden Plus***
- ***Medline***
- Además, también se ha utilizado el buscador ***Google Scholar***.

Para tal fin, se han empleado las siguientes palabras clave, junto con sus homónimos en inglés para las bases de datos en las que ha sido necesario, además de los siguientes operadores booleanos (Tabla 4):

- Ansiedad AND muerte AND Enfermería/Anxiety AND death AND Nursing
- Impacto AND muerte AND Enfermería/Impact AND death AND Nursing
- Actitud AND muerte
- Duelo AND Enfermería
- Death AND nurses

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Artículos que contienen información relevante, permitiendo investigar sobre las actitudes más comunes que muestran los profesionales de Enfermería ante la muerte de sus pacientes.
- ✓ Artículos incluidos en el período 2005-2014, aunque se puede incluir algún otro artículo inferior a este período por su extrema relevancia para nuestro objeto de estudio.
- ✓ Artículos, de los cuales, se ha obtenido el texto completo. (Tabla 5)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- X Artículos publicados fuera del período entre 2005-2014.
- X Artículos en un idioma diferente al español, portugués, inglés o francés.
- X Artículos, de los cuáles, no se ha encontrado el texto completo. (Tabla 5)

BASES DE DATOS					
NOMBRE	DIRECCIÓN WEB	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
LILACS	www.lilacs.b vsalud.org	“Impacto” AND “muerte” AND “Enfermería”	27	1	-
		“Actitud” AND “muerte”	664	1	-
		“Duelo” AND “Enfermería”	26	4	3
CUIDEN PLUS	www.index- f.com.avalos. ujaen.es	“Ansiedad” AND “muerte” AND “Enfermería”	70	13	6
		“Impacto” AND “muerte” AND “Enfermería”	20	2	1
		“Duelo” AND “Enfermería”	164	3	2
PUBMED	www.ncbi.nl m.nih.gov/p ubmed	“Anxiety” AND “Nursing” AND “death”	21	1	1
		“Impact” AND “Nursing” AND “death”	76	1	1
		“Death” AND “nurses”	374	16	6
CINAHL	www.web.eb scohost.com. avalos.ujaen. es	“Anxiety” AND “Nursing” AND “death”	44	16	9

GOOGLE SCHOLAR				
DIRECCIÓN WEB	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
www.scholar. google.es	“Ansiedad” AND “Enfermería” AND “muerte”	6	3	1
	“Anxiety” AND “Nursing” AND “death”	13	5	-
	“Muerte” AND “Enfermería”	38	12	1
	“Nurses” AND “Death”	171	20	1
	“Duelo” AND “Muerte”	58	23	1

Tabla 4. Principales bases de datos utilizadas en la búsqueda bibliográfica. (Fuente: Elaboración propia)

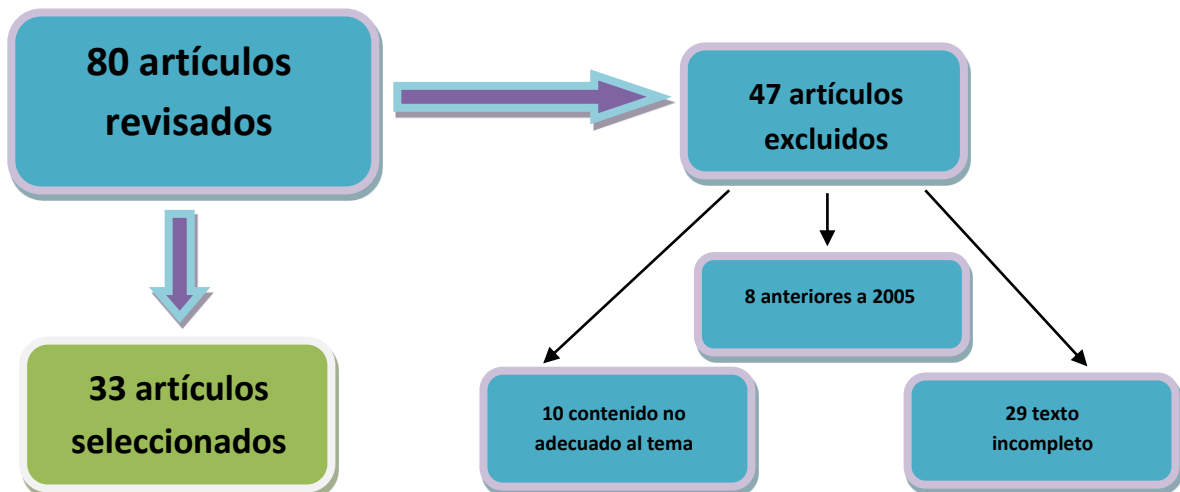


Tabla 5. Artículos revisados, seleccionados y excluidos según criterios de inclusión y exclusión. (Fuente: Elaboración propia)

2.3. Limitaciones del estudio

Debido al tiempo, por ser limitado, y la presente limitación económica, únicamente ha sido posible revisar artículos en los que se ha encontrado el texto completo de forma gratuita.

2.4. Manifiesto de intereses

Gema Beltrán Moreno, estudiante de grado de Enfermería, como principal investigadora del estudio, declara no tener ningún interés económico ni personal en la realización de este estudio, sólo un interés científico por colaborar en el conocimiento del tema objeto de estudio.

3. RESULTADOS

Se han agrupado los artículos en función del método utilizado para la recolección de datos. El método mayoritario es la entrevista (semiestructurada o no estructurada) ya que es utilizada en un 46% de los estudios, seguida de la administración de cuestionarios, algunos autoadministrados, utilizados por un 39% de los estudios. Algunos ejemplos de cuestionarios utilizados son el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte, La Escala de Medición de Actitud ante la Muerte y el Inventario de Ansiedad ante la Muerte [DAI] (Anexo 1). El resto de artículos (6%) consisten en revisiones bibliográficas, además de una tesis.

En su estudio, Martins D y colaboradores ⁽²²⁾ afirman por una parte que, para atender a pacientes con enfermedades terminales, los profesionales de Enfermería deben estar preparados para enfrentar situaciones de sufrimiento extremo y muerte. Sin embargo, en este estudio resultó evidente que, a pesar de que las enfermeras se enfrentan a diario a estas situaciones, surgen reacciones mixtas de estrés, ansiedad y evitación como mecanismos de defensa durante la asistencia profesional. Los sentimientos y

conceptos más comunes son el dolor, la pérdida, el paso a la vida eterna y el fin. Por otro lado, concluyen que los sentimientos de tristeza y vacío ante la muerte están relacionados con la duración de la hospitalización del paciente, con los vínculos emocionales establecidos con él y con la edad del paciente, siendo mayor cuando los pacientes son niños. Estos factores contribuyen a que el sufrimiento de la enfermera se vuelva más intenso.

Otro estudio de Guedes E y colaboradores ⁽²³⁾ también expone que el involucramiento en el proceso de muerte y morir, está íntimamente relacionado con el tiempo de internación del paciente, lo que contribuye a que el sufrimiento de la enfermera se intensifique con la muerte de los pacientes, con los cuales, por el tiempo de hospitalización, establecen un vínculo. Además, las enfermeras expresan que el hecho de ser joven, con enfermedades crónicas, dolor y sufrimiento, es lo que más impresiona en el cuidado a la persona en el final de la vida y lo que provoca un mayor sufrimiento.

En su estudio, Maza M y colaboradores ⁽¹⁷⁾ afirman que, con un nivel de confianza del 95%, la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. Tras la utilización de la Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, los resultados concluyeron que el 50% de los profesionales tienen una actitud negativa ante la muerte, y el 50% restante muestran una actitud positiva ante la muerte.

En su estudio, Sevilla-Casado M y colaboradores ⁽²⁴⁾ concluyen que la edad de la persona en el proceso de morir se une directamente con su grado de tolerancia, convirtiéndose en el elemento por excelencia de la aceptación. El tener que cuidar a personas que mueren jóvenes se acompaña con emociones negativas, ya que la idea de la muerte en ancianidad es socialmente la más extendida. Por otro lado, afirman que los enfermeros utilizan la empatización como elemento de ayuda, pero a menudo se vuelve identificación, lo que causa temor a la enfermera, miedo a que le pase igual, a desaparecer. Además, el miedo a la propia muerte aparece como la emoción más temida por los profesionales.

Fernández P ⁽²⁾ utiliza en su estudio el inventario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Inventory [DAI]) para la evaluación de la ansiedad ante la muerte. La tasa de respuesta es del 86.9%, por lo que un elevado número de profesionales de Enfermería experimentan esta emoción ante la muerte de sus pacientes, siendo ésta mayor cuando los profesionales se enfrentan a la muerte de pacientes pediátricos. Por otro lado, los resultados ponen de manifiesto que un alto porcentaje de profesionales (77%) no se sienten formados ante este tema frente a un 18.6% que considera sentirse formado.

Castanedo I ⁽²⁵⁾ refleja en su estudio que la muerte de un paciente afecta “nada” a un 10%, “sólo ese día” a un 70%, “varios días” a un 5%, “a menudo” a un 10% y “siempre” a un 5%. Con respecto a la edad del paciente que muere, el 100% de los encuestados admite que la muerte de pacientes jóvenes es la que más les afecta. El sentimiento más experimentado ante la muerte es la pena (80%), seguido de la impotencia (10%), y otros sentimientos como tranquilidad, empatía, paz, miedo, rabia, preocupación y liberación que representan un 10%.

González O ⁽²⁶⁾ determina en su estudio que un 46% de estudiantes de Enfermería refiere no sentirse preparado para enfrentar la muerte de un paciente y el 75% menciona que no sabría cómo apoyar al familiar de un paciente que ha fallecido. En cuanto al sentimiento más experimentado por los estudiantes al enfrentarse a la muerte de un paciente es la impotencia (57%), seguido del dolor. El 42.5% considera que tiene un conocimiento deficiente sobre este tema.

En su estudio, Pastor SM ⁽²⁷⁾ expone que los sentimientos más comunes que expresan los profesionales de Enfermería cuando se enfrentan a la pérdida perinatal son pena, ansiedad, inseguridad, resentimiento, culpa, rabia, fracaso, impotencia y están relacionados principalmente con no saber enfrentarse y manejar estas situaciones. Los participantes mencionan sentirse desbordados, ya que estas situaciones generan un gran impacto emocional debido a que no sólo tienen que enfrentarse a sus propios sentimientos, sino también a los de los padres. Con frecuencia, la respuesta emocional es evitar la situación para controlar el estrés profesional.

También Vega P y colaboradores ⁽²⁸⁾, así como García V y colaboradores ⁽²⁹⁾, reflejan en sus estudios que los sentimientos más comunes ante la muerte de un niño son impotencia, frustración, dolor y pena y que prefieren evadir el momento de la muerte. Por otro lado, existen experiencias que les ayudan en este proceso, como es el poder despedirse de los niños, encontrando la manera de decir adiós y expresar mutuamente sus sentimientos de afecto, lo que les permite cerrar ciclos.

El estudio de Inoue KC y colaboradores ⁽³⁰⁾, demuestra también que el enfrentamiento a las situaciones de muerte es el factor que causa mayor nivel de estrés a los profesionales de Enfermería en su día a día (5.6 puntos), siendo necesaria la adopción de estrategias para la prevención/reducción de este estrés.

Peters Ly colaboradores ⁽³¹⁾ concluyen tras su revisión que, casi siempre, una mayor edad de las enfermeras y duración de su experiencia laboral se relacionan positivamente con una menor ansiedad acerca de la muerte, siendo las enfermeras que trabajan en oncología, renal y cuidados paliativos las que experimentan un menor nivel de ansiedad. Concluyen que la educación sobre la muerte y el morir es fundamental para un buen afrontamiento de la muerte y que puede traducirse finalmente en una mejor calidad de la atención de enfermería a los pacientes al final de la vida.

Al igual que los anteriores estudios, Cardenal J y colaboradores ⁽¹⁾ concluyen que los profesionales de Enfermería experimentan sentimientos de negación, pesar, frustración, derrota, tristeza, dolor, impotencia, cuando asisten a niños/adolescentes en peligro inminente de muerte, siendo estas manifestaciones mayores ante la presencia de un vínculo afectivo con el paciente y una mayor duración de su hospitalización. La mayoría muestran signos del síndrome de Burnout y afirman experimentar un proceso de duelo mal vivido.

Silva M y colaboradores ⁽³²⁾ obtienen como resultados en su estudio que los profesionales de salud que se enfrentan a la muerte, la viven como un fracaso dentro de su carrera profesional, ya que su reto y su formación se centran en prolongar la vida. También comenta que el estrés negativo crónico que este hecho produce, favorece la enfermedad y puede llevar al síndrome de burnout. Entre los encuestados,

se observa un ligero predominio del mecanismo de negación ante la muerte. Los profesionales utilizan como mecanismo la protección ante vínculos más estrechos con los pacientes terminales.

En su estudio, Magela G y colaboradores ⁽³³⁾ dicen que los sentimientos más comunes experimentados por los profesionales de Enfermería son la impotencia, la pérdida, la tristeza y la frustración. Los profesionales que han trabajado durante mucho tiempo en esta unidad afirman no experimentar ya estos sentimientos, debido a que se acaban acostumbrando a esta situación. Ven la muerte del paciente como un fracaso en su trabajo.

Kuhn T y colaboradores ⁽³⁴⁾ concluyen en su estudio que los profesionales utilizan como mecanismo de defensa el mantenerse emocionalmente distante y el evitar el contacto con el paciente que acaba de morir y sus familias para manejar la situación de la manera más precisa posible. Los elementos que producen un mayor sufrimiento son el primer contacto con la muerte, la presencia de vínculos afectivos con los pacientes y las familias y la edad de los pacientes en el momento de la muerte. Afirman que es muy utilizada la empatía.

Rodrigues MG y colaboradores ⁽³⁵⁾ afirman que el fracaso, negación hacia la muerte, impotencia, pérdida y frustración son los sentimientos más comunes experimentados tanto en el período formativo como en el ejercicio profesional. Consideran la edad de los pacientes como un factor clave de sufrimiento. Expresan que han recibido poca o ninguna preparación acerca de la temática.

Benbunan B y colaboradores ⁽¹⁰⁾ obtienen como resultado en su estudio, en primer lugar, que las situaciones que provocan mayor ansiedad y estrés en los estudiantes de Enfermería son la terminalidad y la muerte de pacientes. En segundo lugar, los resultados ponen de manifiesto la reducción de los niveles de ansiedad estado y estrés global tras la aplicación de un programa psicológico de intervención centrado en el desarrollo de las habilidades necesarias.

Pascual MC ⁽⁶⁾ dice en su estudio que las enfermeras de UCI pediátrica presentan niveles más altos de ansiedad que las de UCI adultos, así como los profesionales con menor experiencia y aquellos que declaran no sentirse formados en el tema.

Ann M ⁽³⁶⁾ afirma en su estudio que, tras realizar encuestas, la mayoría de las enfermeras sintió que una sesión de intercambio de información y el procesamiento de eventos entre pares (debriefing) sería de gran ayuda para hacer frente a sus emociones después de la muerte del paciente.

En su estudio, Carmona ZE y colaboradores ⁽⁹⁾ afirman que la categoría central identificada fue el temor a la muerte. Los médicos y enfermeras entrevistados verbalizaron sus sentimientos, aun presentes, de ansiedad, negación, impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, el espejo de la propia muerte, falta de preparación para enfrentar situaciones de duelo y muerte. Son múltiples los factores intervinientes, entre ellos tendríamos la falta de preparación en el manejo de estos pacientes, el enfrentarse a sus propios miedos y/o realidad, el no haber elaborado sus propios duelos, factores culturales como el temor a la propia muerte, la cultura de muerte, la herencia familiar, la personalidad, entre otros.

Roldán M y colaboradores ⁽³⁷⁾ concluyen en su estudio que una de cada cuatro situaciones de muerte recogidas en la muestra son “procesos con complejidad”, con alto impacto emocional para el equipo presentando descontrol de síntomas, cuando se da en personas jóvenes con procesos rápidos sin tiempo de intervención por parte del equipo; (muerte súbita o inesperada vs. anunciada), crisis de pánico en pacientes o familia... Un 27% requirió seguimiento de duelo, bien por trabajadora social o por profesional de Psiquiatría en casos patológicos.

Fernández AR ⁽¹²⁾ afirma en su artículo que la enfermera, desde su etapa como estudiante, debe prepararse para brindar los cuidados al paciente y a la familia, con conocimientos científicos, éticos, humanísticos, consciente de que en la medida de su instrucción podrá desempeñar más eficazmente las tareas del cuidado, a la vez que adquiere las herramientas para afrontar o reducir su propia ansiedad ante la muerte de un paciente o de un allegado.

Nyatanga B ⁽³⁸⁾ afirma que se deben cambiar las actitudes hacia la muerte, hablando abiertamente sobre ésta, sin tratar de negarla y evadirla y, para ello, es fundamental empezar educando a los niños en este tema desde pequeños, ya que la mayor parte de la literatura de la psicología confirma que las actitudes se desarrollan durante un largo período desde nuestra educación hasta la edad adulta.

En su artículo, Lindberg D ⁽³⁹⁾ comenta que cuando los pacientes mueren, los sentimientos de pérdida de los profesionales de Enfermería son inevitables. Dependiendo de la cantidad de tiempo que éstos han pasado con los pacientes y las familias y el tipo de conexión que puedan haber tenido, algunas pérdidas son más angustiantes que otras, pero cada uno puede dejar una huella en ellos.

Costello J ⁽⁴⁰⁾ dice en su artículo que las diferentes experiencias de muerte (buena o mala) se basan en el grado en que las enfermeras fueron capaces de ejercer control sobre el proceso de morir. La llamada buena muerte (a menudo se anticipa, con un alto grado de previsibilidad y claros beneficios para las enfermeras, así como los pacientes y sus familias) tuvo efectos positivos para las enfermeras, ya que el control de la muerte es un determinante importante. Por el contrario, la mala muerte (caracterizada por un control limitado sobre los acontecimientos previos) tuvo un efecto traumático en las enfermeras por su impacto negativo en la moral.

Soares M y colaboradores ⁽⁴¹⁾ ponen de manifiesto en su estudio que los mecanismos de defensa más utilizados por parte de los profesionales de Enfermería en estas situaciones son la negación y la evasión, evitando hablar de ello porque es muy doloroso ver el sufrimiento de los pacientes antes de morir. Además, la mayoría utiliza la naturalización como estrategia para minimizar su sufrimiento ante la muerte, ser capaces de hablar de ello y del cuidado de los pacientes terminales, desarrollando poco a poco sus sentimientos y aprender a experimentar este fenómeno de manera más humana.

Cooper J y colaboradores ⁽⁴²⁾ concluyen en su estudio que los estudiantes de Enfermería identifican dificultad personal al experimentar el sufrimiento físico de los pacientes moribundos. Aunque no es explícito, la ansiedad parecía provenir de la impresión de ver el deterioro físico de los pacientes. Por otro lado, su ansiedad y

tristeza aumenta cuando desarrollan relaciones sólidas con los pacientes y cuando la muerte se produce de forma súbita. Los mecanismos de defensa más utilizados por ellos fueron la supresión de los sentimientos y la evitación. Los estudiantes indicaron que les gustaría más aportaciones en los aspectos emocionales de atención y poder realizar un intercambio de sentimientos personales con las enfermeras diplomadas para legitimar sus preocupaciones.

Lange M y colaboradores ⁽⁴³⁾ afirman en su estudio que los profesionales con una mayor edad, una mayor experiencia profesional y una mayor experiencia con la muerte, ven este proceso de forma más neutral y mantienen una actitud más positiva hacia ésta.

En su estudio, Gama G y colaboradores ⁽⁴⁴⁾ dicen que las enfermeras con más edad y con más experiencia de trabajo tuvieron una mayor aceptación ante la muerte. Las enfermeras de medicina, oncología y hematología tuvieron significativamente mayores actitudes de miedo y evitación que las enfermeras de cuidados paliativos, con una mayor actitud de aceptación y escape.

Gerow L y colaboradores ⁽⁴⁵⁾ recogieron en su estudio las experiencias de algunas enfermeras, llegando al resultado, a diferencia de los demás estudios, de que éstas preferían forjar una relación más amistosa que profesional con los pacientes terminales, a pesar de que éste hecho aumentará su dolor cuando se produjera el momento de la muerte, debido a que de esta forma mejoraba el cuidado al paciente al final de su vida. También comentaron que el recibir un apoyo adecuado o no al enfrentar la primera experiencia ante la muerte de un paciente condiciona la forma de enfrentar futuras situaciones de muerte.

Chuen Y y colaboradores ⁽⁴⁶⁾ también dicen, al contrario que los demás estudios, que los estudiantes de Enfermería experimentados reportan significativamente más miedo ante el proceso de morir que los estudiantes de Enfermería sin experiencia, por lo que la ansiedad ante la muerte puede aparecer temprano en la formación de una enfermera.

Finalmente, Miyashita M y colaboradores ⁽⁴⁷⁾ concluyen en su estudio que los años de experiencia clínica, la oportunidad de asistir a un seminario, el apoyo de un mentor en estos temas del final de la vida, el alivio de la muerte y la evitación de ésta, la autonomía de Enfermería y el rechazo de limitaciones de roles tradicionales se correlacionaron significativamente con una actitud positiva hacia el cuidado del paciente moribundo.

4. DISCUSIÓN

La muerte, a pesar de que en la sociedad es vista como un suceso natural, sigue siendo experimentada por la mayoría de las personas y, sobre todo, profesionales de Enfermería como un hecho que causa un gran impacto emocional cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, ya que despierta un gran temor.⁽²⁶⁾

Atendiendo a los objetivos propuestos anteriormente, se ha obtenido que los diferentes estudios y documentación encontrada en esta revisión pone de manifiesto que la mayoría de los profesionales y estudiantes de Enfermería muestran una actitud negativa ante la muerte de los pacientes, experimentando a menudo reacciones y sentimientos de impotencia, estrés, ansiedad, pena, frustración, miedo, rabia, dolor, preocupación, tristeza y fracaso, siendo las reacciones más comunes la impotencia y la frustración, ya que el suceso es inevitable y sienten que no está en sus manos y no es posible el poder evitar o posponer la muerte. Además, los profesionales sienten que están fracasando en su trabajo, ya que su objetivo en el ámbito de la salud es prolongar y preservar la vida de los pacientes, por lo que se sienten incapaces y frustrados cuando no consiguen con éxito sus intentos.

(22,17,2,25,26,27,28,29,30,1,32,33,35,6,9,37,40,44,46)

A pesar de que la muerte del paciente genera, en la mayoría de los casos, estas percepciones y actitudes en los profesionales y estudiantes de Enfermería, la mayoría de los autores afirman que éstas son mucho más intensas cuando en la situación de

fallecimiento del paciente se dan diversos factores de extrema relevancia, como son la edad del paciente, la preparación de pregrado acerca de la temática, el primer contacto con la muerte, la edad y la experiencia profesional, el servicio en el que trabaja, los vínculos afectivos establecidos con el paciente y la duración de su hospitalización. Cuando los profesionales y estudiantes de Enfermería se enfrentan a la muerte de un paciente joven, el sufrimiento es mayor, ya que la idea de la muerte en la ancianidad es socialmente la más extendida y lo ven como algo anormal en el orden natural de la vida. Además, cuando se trata de niños, los profesionales tienen que hacer frente, además de a sus propios sentimientos, a los de los padres. ^(22,23,17,24,2,25,31,1,34,35,10,6,9,37,39,43,44,45)

Por otro lado, la enfermera que tiene experiencia con estas situaciones y trabaja en unidades en las que se enfrenta a la muerte a diario, tiene una mayor aceptación de este suceso y afirma experimentar con menor frecuencia estos sentimientos. ⁽³³⁾ Además, es muy significativo el apoyo recibido al enfrentar la primera experiencia ante la muerte de un paciente, ya que condiciona la forma de enfrentar futuras situaciones de muerte. ⁽⁴⁵⁾

Cabe destacar la importancia que tiene en este tema la aparición de relaciones afectivas entre profesionales y pacientes, en la mayoría de los casos, condicionada por los largos períodos que los pacientes permanecen hospitalizados. Este vínculo hace que la enfermera trate con el sufrimiento de pacientes y familiares, esclarece dudas, ampara en la angustia y es la persona que buscan para conversar sobre sus temores, llegando a crear un vínculo con ellos, lo que contribuye a que el sufrimiento de la enfermera se intensifique con la muerte del paciente.

^(22,23,17,24,2,25,31,1,34,35,10,6,9,37,39,43,44,45)

Para evitar este hecho, los autores concluyen que el mecanismo de defensa más utilizado es establecer <<distancia emocional>> con pacientes y familiares. Los mecanismos de defensa son artificios mentales inconscientes que se utilizan para evitar que hechos, ideas, fantasías o sensaciones dolorosas sean experimentadas. El enfermero utiliza inconscientemente la distancia emocional en un intento de protegerse a sí mismo, para no experimentar sentimientos que pueden llegar a

producirle una fuerte desestabilización emocional, por lo que asume comportamientos de frialdad y alejamiento en el cuidado del paciente y la familia. (32,34,41,42)

Otro mecanismo de defensa muy utilizado, junto al anterior, es la negación y evasión. El profesional de Enfermería trata de evitar vivir estas situaciones y de hablar de ello porque considera muy doloroso ver el sufrimiento que padecen los pacientes y familiares antes de morir y se sienten emocionalmente mal cuando llega el momento de la muerte. Sin embargo, al utilizar este mecanismo de defensa, pueden crear una armadura protectora que, a menudo se manifiesta en una frialdad y una falta de sensibilidad aparente, lo que interfiere negativamente en su manera de cuidar al paciente en el proceso de muerte, además de evitar tanto el crecimiento humano como profesional. (27,32,34,41,42)

El último punto a destacar es el nivel de formación del personal de Enfermería en esta temática, ya que es un factor predominante en el afrontamiento de la muerte. La mayoría de los profesionales que han intervenido en los estudios confiesan no haber recibido una formación específica acerca de este hecho, por lo que piensan que este factor predispone una actitud negativa ante la muerte del paciente. (2,26,31,35,6,9,12,38)

Esta falta de formación podría justificar profesionalizar el tema de la muerte, enseñando no sólo a saber tratar a pacientes y familiares durante el proceso de muerte, sino también enseñar a analizar las dimensiones de su persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos asumiendo su propia muerte, y ver este suceso como algo natural, universal e inevitable, con el objetivo de reducir la incidencia negativa que actitudes hacia la muerte puedan tener tanto en el ejercicio profesional como en el bienestar personal, a fin de optimizar el apoyo y cuidado de personas en el último momento de su vida. (2,9)

Una estrategia efectiva sería el compartir experiencias, sentimientos, temores, fantasías y reacciones vitales vivenciadas en el acompañamiento terapéutico al enfermo y a los familiares durante el morir y la muerte y que se apoyen mutuamente en el manejo de sus propios miedos y angustias con relación a la muerte y el duelo. (30,10,36,42,47)

5. CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados evidencian que cuando el enfermero se enfrenta a la muerte de su paciente emergen dos sentimientos principales, la impotencia y la frustración, ya que en su interior sienten que no están cumpliendo el objetivo por el que se dedican a esta profesión, el cuidado y la prolongación de la vida del paciente.

La muerte es un suceso que ocasiona una actitud emocionalmente negativa por parte del personal de Enfermería, por lo que cuando este fenómeno se da en el ámbito de la salud, la mayoría de los profesionales tratan de negarlo y evadirlo, lo que da lugar a la aparición de una relación distante y de frialdad entre enfermero, paciente y familia y, como consecuencia, un cuidado ineficaz del paciente en el final de su vida.

El problema por el cual los profesionales de Enfermería experimentan esta actitud negativa ante la muerte parece radicar en la falta de formación, tanto pregrado como postgrado, en esta temática. Este hecho pone de manifiesto que sería fundamental incrementar el nivel de formación necesario para hacer frente al fenómeno de la muerte, comenzando desde el primer año de estudios, ya que los estudiantes de Enfermería, durante su período de prácticas, también manifiestan estos sentimientos y reacciones al enfrentarse a la muerte, así como la realización de cursos de formación continuada para adquirir el máximo conocimiento posible sobre este tema, ayudando así a afrontarlo en el día a día.

Sin embargo, por otro lado, la información hallada avala que las enfermeras que son mayores y tienen más experiencia profesional experimentan una actitud más positiva hacia la muerte, así como las enfermeras que trabajan en servicios específicos donde la muerte sucede a menudo, como cuidados paliativos. Este hecho hace que nos preguntemos ¿por qué?, ¿por qué estos profesionales que consideran no haber recibido suficiente formación al igual que los demás pero muestran estas características enfrentan mejor el tema de la muerte?, ¿Podría ser porque su continuo contacto con la muerte ha hecho que estos profesionales creen sus propias estrategias para enfrentarse a este hecho?

Pensando esto, sería necesario investigar más a fondo para determinar si este hecho puede ser real y, en el caso afirmativo, determinar cuáles son las estrategias que utilizan estos profesionales para trasladarlas y enseñarlas al resto de profesionales de Enfermería, así como a los futuros graduados, consiguiendo que éstos elaboren una buena aceptación de la muerte y evitando que intervengan sus propios miedos a la muerte y mejorando así el cuidado y el acompañamiento del paciente y la familia en la fase final de la vida.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Costa J, Lima R. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Mar-Abr; 13(2): p. 151-157.
2. Pascual M. Ansiedad del personal de Enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Enfermería Intensiva. 2011; 22(3): p. 96-103.
3. Estancanti T. Diccionario Teológico Enciclopédico Navarra: Editorial Verbo Divino; 1995.
4. Busquets X. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. Revista Medicina Paliativa. 2001; 8(3): p. 116-119.
5. Regidor E, Gutiérrez J. Patrones de mortalidad en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Información y Estadísticas Sanitarias 2013; 2010.
6. Fernández MP. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. NURE Inv. (Revista en Internet). 2011 Enero-Febrero; 8(50).
7. León FG, Jiménez ML, Hernández RR, Gestoso CG, Infante JG, Gutiérrez MV. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de medicina forense. 2002 Octubre;(30).
8. Galindo G. Ethos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética Bogotá: Universidad Javeriana Pontificia; 2004.
9. Carmona Z, Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública. 2008 Diciembre; 2(2): p. 14-23.

10. Benbunan B, Cruz F, Roa J, Villaverde C, Benbunan B. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(1): p. 197-205.
11. Eseverri C. La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Revista Index de Enfermería Digital*. 2002; 39: p. 35-39.
12. Fernández A. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. *Invest Educ Enferm*. 2010; 28(2): p. 267-274.
13. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. [Sede Web]. [Online]. [cited 2014 Enero 15]. Available from: <http://buscon.rae.es/drael/> .
14. Santos Md, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem. *Ciência & Saúde Colectiva*. 2013; 18(9): p. 2757-2768.
15. Pino O, Barbosa M. La relación profesor-investigador para hacer frente a la muerte. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1): p. 107-112.
16. Takahashi C, Contrin L, Beccaria L, Goudinho M, Pereira R. Murió: percepción y sentimientos de los estudiantes de Enfermería. *Arq. Cienc Salud*. 2008; 15(3): p. 132-138.
17. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*. 2008; 15(1): p. 39-48.
18. Yagüe AF, Martínez MG. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. *Revista de Enfermería*. 2008;(204).
19. Aguiar I, Veloso T, Pino A, Ximenes L. La participación de las enfermeras en la muerte de los bebés ingresados en la Unidad Neonatal. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2): p. 131-137.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Revista Salud, Trabajo y Ambiente*. 2003; 10(36).
21. Barrantes G. El duelo en la adolescencia. *Adolescencia y Juventud en América Latina: LUR Donas, Solum*; 2001.
22. Sousa DD, Oliveira ED, Souza KD, Carvalho AD, Menezes A. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Contexto Enferm*. 2009 Ene-Mar; 18(1): p. 7-41.
23. Guedes E, Darci SR. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index de Enfermería [Rev en Internet]*. 2013; 22(1-2): p. 25-29. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8062.php>
24. Sevilla M, Ferré-Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos*. 2013; 24(3): p. 109-114.

25. Castanedo IM, Suárez C, Vivar C. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente*. 2010; 91: p. 16-18.
26. Orozco MA, Tello GO, Sierra R, Gallegos RM, Xequé AS, Reyes BL, et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de Enfermería ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10(1): p. 8-13.
27. Pastor S, Romero J, Hueso C, Lillo M, Vacas A, Rodríguez M. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2011 Nov-Dic; 19(6).
28. Vega P, González R, Palma C, Ahumada E, Mandiola J, Oyarzún C, et al. Desvelando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*. 2013 Abril; 13(1): p. 81-91.
29. García V, Rivas E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y Enfermería*. 2013; 19(2): p. 111-124.
30. Inoue K, Gomes G, Yassuko A, Augusto W, Misue L. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *REBEn*. 2013 Sept-Oct; 66(5): p. 722.
31. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal*. 2013; 7: p. 14-21.
32. Silva MD, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2012 Mar-Abr; 65(2): p. 324-331.
33. Magela G, Cavali A, Cunha V. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2009 Sept-Oct; 62(5): p. 681-686.
34. Kuhn T, Delacanal D, Jung W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2011 Nov-Dic; 64(6): p. 1075-1081.
35. Rodrigues M, Albertina E, Ane J. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. *Enfermagem [Rev Electrónica]*. 2011 Ene-Mar; 14(1): p. 181-188.
36. Ann M. Distress in nurses following patient death: a local response to the end for debriefing [Dissertation]. Montana: Montana State University. Department of Nursing. 2009 Abril.

37. Moreno F, Novellas A. Proceso de muerte: Experiencia de un registro enfermero como soporte al profesional de cuidados paliativos. *Enfermería Global [Rev Electrónica]*. 2009 Junio;(16).
38. Nyatanga B. Attitudes to death: a time to pose difficult questions. *British Journal of Community Nursing*. 2013; 18(10).
39. Lindberg D. When your patients die. *ONS Connect*. 2012 Oct.
40. Costello J. Dying well: nurses' experiences of "good and bad" deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 54(5): p. 594-601.
41. Soares M, Calcagno G, Farias M, Danilo W, Dutra L. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 Mar; 32(1): p. 129-135.
42. Cooper J, Barnett M. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 2005; 11(8).
43. Lange M. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*. 2008; 35(6).
44. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*. 2012; 18(6).
45. Gerow L, Conejo P, Alonzo A, Davis N, Rodgers S, Williams E. Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42(2): p. 122-129.
46. Chuen Y, Kevin S, Beverly L, Lewis J. Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*. 2006;(30): p. 919-929.
47. Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Tsukamoto N. Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2007 Jun-Jul; 24(3): p. 202-210.

ANEXO 1

INVENTARIO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE / DEATH ANXIETY INVENTORY (DAI)

1. Me angustia entrar en un cementerio.
2. La certeza de la muerte quita significado a la vida.
3. Me molesta oír hablar de temas relacionados con la muerte.
4. Siempre me ha preocupado la posibilidad de morir joven.
5. Me cuesta aceptar la idea de que todo acabe con la muerte
6. Pienso que sería más feliz si ignorase que he de morir.
7. Creo que tengo más miedo a la muerte que la mayoría de las personas.
8. Me preocupa envejecer.
9. Me cuesta mucho aceptar que he de morir.
10. Nunca aceptaría trabajar en una empresa funeraria.
11. Me asusta la idea de la nada después de la muerte.
12. La idea de la muerte me provoca inquietud.
13. Muchas veces me pregunto cuál será la causa de mi muerte.
14. Me gustaría vivir hasta una edad muy avanzada.
15. Los ataúdes me ponen nervioso.
16. Me preocupa lo que haya después de la muerte.
17. A menudo pienso que puedo tener una enfermedad grave.
18. La muerte es lo peor que puede sucederme.
19. Me impresiona mucho la visión de un cadáver.
20. Con frecuencia pienso en mi propia muerte.

