



TRABAJO FIN DE MÁSTER
Máster Oficial Universitario en
Intervención social en las sociedades del
conocimiento

Título
Trabajo **CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO A LA**
MUERTE DE LOS PROFESIONALES DEL
ÁREA BÁSICA DE SALUD DE GAVÀ 2

Apellidos LÓPEZ CONGOSTRINA

Nombre SONIA

Fecha Entrega 16 / 7 / 2013

RESUMEN

La muerte ha sido siempre un acontecimiento complejo, pero, las sociedades tradicionales atendían y escuchaban al moribundo hasta que su vida finalizaba. En la Edad Media, se trataba de un asunto público, colectivo, asumido con naturalidad. En esta época el médico tenía la obligación de informar al moribundo respecto a su estado de salud. A inicios del siglo XIX surgió el temor a la muerte y la privación que se hace del derecho del hombre a saber que se va a morir. Esta tendencia al encubrimiento se mantiene en la cultura médica hasta bien avanzado el s. XX, pero a partir de 1977 se invierte al aprobarse en EEUU la “Ley del Derecho a la información” que obliga al personal sanitario a dar el diagnóstico al enfermo.

Para transmitir la realidad sobre la enfermedad y sobre el pronóstico se ha de conocer a los pacientes y además, los profesionales deben estar formados de manera adecuada. Este trabajo pretende hacer una reflexión respecto a la necesidad de formación por parte de los profesionales de los centros de salud, que ha de integrar información acerca de la enfermedad y la reflexión sobre las emociones que se generan en el desarrollo de estos procesos. En la medicina actual se reconoce y asiste a la muerte corporal pero no los temas psicológicos y sociales que se relacionan con ella. La muerte es negada en la medicina y en la formación de los profesionales, aunque el aprendizaje se inicie con el contacto con el cadáver.

Palabras clave: muerte, proceso de duelo, cuidados paliativos, práctica religiosa, pacto de silencio.

ÍNDICE

1. Introducción	5 - 6
2. Objetivos	7
3. Marco teórico	
3.1 La muerte y los cambios en su concepción	8 - 10
3.2 Respuestas emocionales ante la muerte	10 - 11
3.3 Actitudes del personal sanitario hacia la muerte	12 - 13
3.4 La conspiración del silencio	13 - 14
3.5 La elaboración del duelo	15 - 16
3.6 Los cuidados paliativos	16 - 17
3.7 El concepto “salud en la actualidad”	18
3.8 ¿Estamos preparados para afrontar la muerte?	19 - 20
4. Metodología	
4.1 Hipótesis	21
4.2 Selección de la muestra	21
5.2.1 Descripción de la muestra	22
4.3 Escala de Bugen de Afrontamiento a la Muerte	22 - 23
4.4 Construcción del cuestionario	23
5.5 Análisis de datos	24 - 25
5. Resultados de la investigación	
5.1 Análisis descriptivo	
5.1.1 En función del género	26
5.1.2 En función de la edad	27
5.1.3 En función de la profesión que se ejerce	28
5.1.4 En función de la experiencia profesional	29
5.1.5 En función de la formación en cuidados paliativos	30 -32
5.1.6 En función de la religión	33 - 35
5.1.7 En función del núcleo de convivencia	36
5.1.8 En función a la infancia vivida	37 - 38
5.2 Análisis analítico	
5.2.1 Primer objetivo	
5.2.1.1 En función del género	39 - 40
5.2.1.2 En función de la profesión que se ejerce	41 - 43
5.2.1.3 En función de la experiencia profesional	43 - 44

5.2.2 Segundo objetivo	
5.2.2.1 En función de la formación en cuidados paliativos	44
5.2.2.2 En función de la religión	45 - 47
5.2.2.3 En función al núcleo de convivencia	48 - 49
5.2.2.4 En función a la infancia vivida	49 - 52
5.2.2.5 Respuesta emocional ante la muerte	52 - 53
6. Conclusiones	54 - 58
7. Bibliografía y enlaces	59 - 60
8. Anexos	
- Anexo 1. Carátula de presentación a los test	61
- Anexo 2. Encuesta para profesionales sobre el fenómeno de la muerte	62 - 65
- Anexo 3. Escala de Bugen de Afrontamiento a la muerte	66 - 67
- Anexo 4. Tabla 1. Media de la Escala de Bugen en función del sexo	68
- Anexo 5. Tabla 2. Media de la Escala de Bugen en función de la profesión	68
- Anexo 6. Tabla 3. Media de la Escala de Bugen en función de los años de experiencia	68
- Anexo 7. Tabla 4. Media de la escala de Bugen en función a la formación en cuidados paliativos	69
- Anexo 8. Tabla 5. Media de la Escala de Bugen en función a la religión del encuestado	69
- Anexo 9. Tabla 6. Media de la Escala de Bugen en función al nivel de participación en ritos religiosos	69
- Anexo 10. Tabla 7. Media de la Escala de Bugen en función al núcleo de convivencia	70
- Anexo 11. Tabla 8. Media de la Escala de Bugen en función a la asistencia a funerales en la niñez	70
- Anexo 12. Tabla 9. Media de la Escala de Bugen en función a si le hablaron o no de la muerte en la niñez	70
- Anexo 13. Tabla 10. Tabla de frecuencias respecto a la respuesta emocional ante la muerte	71

1. INTRODUCCIÓN

La muerte, tanto de otras personas como la propia, es una de las experiencias más significativas y proveedoras de sentido en la vida de los seres humanos, pero a la vez, es un tabú de la época contemporánea. La medicina la ha considerado como uno de sus principales enemigos. El pensamiento médico tiende a configurar la muerte como un fenómeno evitable y a considerar el fallecimiento del paciente como un fracaso (Bayés y Limonero, 2000). Pero ni el desarrollo tecnológico ni los avances médicos van a concedernos la inmortalidad. Para la medicina actual, ayudar a los seres humanos a morir en paz ha comenzado a ser tan importante como evitar la propia muerte (Bayés, 2001). La atención a los pacientes en fase terminal de la vida, es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria descrita en la legislación española.

Vicente Verdú (2005), realiza un planteamiento sobre el modo actual de morir, el de la cultura del consumo, en el que la idea de muerte se trata como una disfunción, como un defecto de la organización personal, como un problema que tanto la ciencia médica como las nuevas tecnologías intentan resolver.

Con dificultad se está logrando que uno de los objetivos de la medicina y de las ciencias de la salud sea, además de luchar contra las enfermedades, conseguir que las personas podamos morir con dignidad independientemente de cuales sean las circunstancias que produzcan nuestra muerte y la enfermedad o lo que nos lleve a ella. R. Bayés (2001), en el libro "Psicología del sufrimiento y de la muerte", establece los dos objetivos de la medicina del s.XX: la lucha contra la enfermedad y el de conseguir que los pacientes mueran en paz.

La muerte es un hecho que causa miedo en una gran cantidad de personas. Resulta difícil asimilar por qué aparecemos por la vida durante un tiempo y después desaparecemos, dejando únicamente rastro, en aquellas personas que nos han conocido y apreciado, y que al mismo tiempo tampoco entienden por qué nos vamos. Los profesionales de las Áreas Básicas de Salud están en contacto constante con enfermos. Resulta relevante abordar el tema de la muerte en relación a una institución en que los profesionales mantienen constante relación con el tema y para el que deben estar preparados tanto académica como emocionalmente.

Con la finalidad de abordar ésta temática se ha realizado el trabajo que se expone a continuación. Se parte de dos objetivos principales (cada uno de ellos con sus respectivos objetivos específicos). Posteriormente se expone el marco teórico en el que se contextualiza el objeto de estudio y aquellas teorías y, en este caso, publicaciones utilizadas. A continuación se expone la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación y el

análisis de los resultados obtenidos seguidos de las conclusiones. Al finalizar se presenta la bibliografía de referencia y enlaces utilizados para el desarrollo, además de los anexos.

2. OBJETIVOS

La finalidad de esta investigación es la de analizar a los profesionales de la atención primaria. Las esferas en las que se analiza a éstos profesionales es en las relacionadas a su capacidad de afrontamiento a la muerte, y cómo ésta capacidad afecta en el trato al paciente y a sus familiares. A continuación se expone un estudio piloto realizado con pocos profesionales y que, por tanto, no permite generalización, lo que sí permite es una redacción de datos que se observan y la obtención de conclusiones en base a la pequeña muestra seleccionada. Los objetivos generales para este estudio piloto son los siguientes:

- **Analizar la capacidad de afrontamiento ante la muerte de los profesionales del Área Básica de Salud de Gavà 2.**

Objetivos específicos

Analizar las diferencias basadas en el género.

Analizar las diferencias en función de la profesión ejercida.

Analizar la influencia de la experiencia profesional (en la profesión que desarrolla en la actualidad).

- **Analizar las influencias existentes entre la afrontación ante la muerte de los profesionales del Área Básica de Salud de Gavà 2 y su atención respecto al enfermo y su familia**

Objetivos específicos

Analizar la influencia de la formación en paliativos.

Analizar la influencia de la religión.

Analizar la relación existente entre la afrontación a la muerte del profesional, su núcleo de convivencia y niñez.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 LA MUERTE Y LOS CAMBIOS EN SU CONCEPCIÓN

La muerte siempre ha sido un concepto muy reflexionado por disciplinas como la filosofía, la religión y actualmente por la ciencia. Sin embargo, cada vez resulta más complicado aceptarla, de manera que las actitudes hacia ella han sufrido una evolución desadaptativa. Hemos retrocedido en lo que refiere al progreso en el afrontamiento y la aceptación a la muerte.

En occidente hemos sufrido dos momentos importantes en la vivencia de ésta. Un momento previo a la Institucionalización hospitalaria, en la que es aceptada como parte natural de la existencia y no como una experiencia que hace padecer miedo. A partir de 1930 aproximadamente se desarrollaron las primeras estructuras hospitalarias, el hospital pasó a ser el lugar reservado para morir. Estos dos momentos han dado lugar a variaciones de gran magnitud en la consciencia y la información sobre la propia muerte.

Estas modificaciones en la manera de entenderla han dado lugar también a cambios en la actitud del personal sanitario generándole, en muchas ocasiones, actitudes como: no querer nombrarla y evitar hablar de las patologías que hacen que ésta sea un desencadenante probable, no mirar a la cara al enfermo terminal, incongruencias entre su comunicación verbal y no verbal y el aumento de la atención tecnológica que en muchas ocasiones empeora las condiciones de la muerte.

En la Grecia clásica, en el mundo romano, en la Edad Media, y en muchos otros episodios históricos el fenómeno de la muerte era percibido como algo lógico, tolerable. Para el hombre medieval se trataba de un acto solemne, público y el moribundo era el protagonista. Hasta hace unas décadas el enfermo era la primera persona enterada de que iba a morir. Hoy en día, en prácticamente todas las situaciones, se trata de ocultar la gravedad de la enfermedad al enfermo y no se le habla de la muerte. La institucionalización hospitalaria ha hecho de ella algo clandestino, morimos en el anonimato. Hasta mediados del s. XX se afrontaba en el domicilio familiar y hasta los niños la vivían como algo normal, una fase más del proceso vital, se vivía como algo natural de la vida, no como algo amenazador. Sin embargo, en las últimas décadas hemos apartado la muerte de nuestra existencia. Una forma más de alejarla ha sido la construcción de tanatorios, que sustituyen los velatorios en el hogar. En la obra de Hamlet se recuerda que todo lo que nace muere y todo lo que muere ha nacido, de modo que nacemos enfermos de muerte.... Pero hoy en día no sólo tememos a la muerte, también la rechazamos y la negamos, por este motivo la

expulsamos de nuestra vida cotidiana y la desplazamos al hospital, a vivirla entre vidrios, entre batas blancas, al alargamiento de las agonías.

Cioran (1991) hace una aproximación que resulta muy adecuada, antes la vida era definida por la ciencia sanitaria como un “conjunto de funciones que nos arrastran a la muerte” hoy este paradigma se ha reformulado y “la vida es el conjunto de funciones que se resisten a la muerte”. Es decir, intentamos resistir a la muerte con tecnologías, con prótesis, aunque sólo se logre mantener a una persona en estado “vegetal” con vida. Hacemos que los individuos sean dependientes y que no sepan que van a morir o si lo saben, que se comporten como si no lo supiesen. La muerte ha pasado a ser silenciosa, se trata de no crear problemas en las personas que siguen viviendo, en los supervivientes. Aries nos dice “los hombres o bien intentan ponerse al abrigo de la muerte, como se ponen al abrigo de una bestia salvaje en libertad, o bien le hacen frente, pero están reducidos únicamente a su fuerza y a su coraje, en un enfrentamiento silencioso, sin el auxilio de una sociedad que ha decidido de una vez por todas, que la muerte no es su asunto”.

Algunas de las claves que han dado lugar a este cambio en su concepción han sido:

- *Menor tolerancia a la frustración.* Kraepelin (1904), en una de sus citas indicaba que “todo ser humano ha de gozar sus gozos y sufrir sus sentimientos”. Esta cita queda lejos del pensamiento general actual. Pocos de nosotros entendemos la vida o el mundo como un “valle de lágrimas”, y cuando alguien muere, decir que “pasó a mejor vida” es una ironía. Tratamos de evitar vivencias y estados afectivos que nos creen disconfort. Un ejemplo lo tenemos en los tanatorios donde muchas veces los familiares y amigos del fallecido/a toman ansiolíticos porque somos incapaces de digerir solos el sufrimiento que nos acarrea la muerte de un ser querido.
- *Aumento de la esperanza de vida.* Freud nos decía que todos en el inconsciente somos inmortales. El hecho de que nuestras vidas hayan pasado a durar más tiempo hace que podamos fantasear con la inmortalidad. En la actualidad, por ejemplo, los cementerios ya no se construyen en el medio urbano, se construyen a las afueras, de esta forma parece que la muerte no nos alcanza.
- *El culto a la juventud.* En la sociedad actual, muchas veces, desde los medios de comunicación, se nos marca el modelo de personas a las que se supone debemos imitar: jóvenes, guapos, individuos prácticamente perfectos, (a pesar de que en la sociedad en que vivimos la población está envejecida, parece que los viejos, los pobres y aquellas personas que padecen alguna enfermedad son ciudadanos “no normales”). En muchas ocasiones los individuos nos teñimos el pelo, las personas de cierta edad, sobre todo, las que suelen salir en los medios de comunicación se

operan, se estiran la piel... Todo esto hace que no pensemos en la muerte, y menos aún si se trata de la propia muerte del individuo.

- *Menor mortalidad aparente.* Poco a poco hemos ido acabando con algunos tipos de muerte, por ejemplo aquellas que provocaban las epidemias. En nuestro país ya no existe el hambre (a pesar de que con la actual crisis económica han subido los índices de hambre en territorio español), la mortalidad infantil prácticamente ha desaparecido, ya no se realizan entierros por el medio de la calle de la ciudad o pueblo.
- *Menos trascendentalidad y espiritualidad en el hombre medio.* En la época que vivimos, época de crisis de valores, de pérdida de ética, en que confundimos la felicidad con el gozar, el ser con el tener, hemos perdido el sentido de la vida y al mismo tiempo hemos olvidado el sentido de la muerte. Existen varias investigaciones que confirman el valor amortiguador ante la muerte de las creencias religiosas, espirituales.

3.2 RESPUESTAS EMOCIONALES ANTE LA MUERTE

En la actualidad la ansiedad y el miedo son las respuestas más asociadas a la muerte tras los cambios explicados en el apartado anterior. Estas sensaciones, y otras, aparecen de diferente forma dependiendo de si se trata de la propia muerte o de la de otros. Al mismo tiempo la ansiedad ante ésta está relacionada con la historia personal y cultural, y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios propios de la vida.

Cuando nos situamos ante la *propia muerte*, destacar que las actitudes ante ésta se han analizado en sujetos cercanos a ella, como enfermos terminales, porque en este tipo de pacientes se ha dado la toma de conciencia de ésta. En esta situación personal ante la muerte influyen factores como la edad del paciente, el tipo de enfermedad, el entorno familiar, la educación, la creencia religiosa, la presencia o no de dolor, etc. Estas actitudes unidas al sufrimiento psíquico dan lugar a dos procesos de la propia muerte, la agonía y el acto de morir. Muchos de los pacientes que se encuentran en fase terminal de su vida, tienen miedo al proceso de la agonía, se plantean dudas y angustias por si el hecho de morir puede acarrearles sufrimiento físico o psíquico. Además, el proceso terminal, hace ser al paciente más dependiente de terceras personas, pudiendo llegar al extremo en que las decisiones sobre él las tomen los demás. Estos enfermos también se preocupan por sus familias. Al mismo tiempo suelen sufrir por el miedo a sentirse solos cuando mueran, temen crear miedo en los demás, temen a lo desconocido, al que puede suceder tras la muerte.

Además si el paciente se plantea el significado de su vida, según cual sea la respuesta a la que llegue, el proceso puede crear más temor aún.

Cuando nos situamos ante la *muerte de otro*, se trata de una vivencia que también nos genera ansiedad. Esta muerte hace que se den cambios en las estructuras de las familias, en su forma de organización, en los amigos, en los conocidos... Ante este miedo, ansiedad, se ponen en marcha estrategias de defensa como lo es el hecho de trasladar al enfermo al hospital para, de este modo, no afrontar la convivencia con él. Otro mecanismo de defensa es el “pacto o conspiración del silencio”, evitando aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte.

A continuación se exponen las etapas que formula Kübler-Ross (1969). Según el autor, estas etapas aparecen normalmente en familiares y personas próximas al enfermo, pero no al mismo tiempo que aparecen en el propio enfermo, puesto que las fases en el enfermo finalizan cuando lo hace su vida, sin embargo en los familiares y allegados continua más allá, generándose un proceso de duelo que tiene diferentes etapas:

- Embotamiento mental. Se caracteriza por la incapacidad de aceptar la realidad, aparecen conductas automáticas.
- Anhelo, búsqueda del referente perdido. Suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, culpa, insomnio, ansiedad (si es algo crónico hablamos de duelo patológico).
- Desorganización y desesperación. Suele aparecer una tendencia al abandono personal y a romper con las rutinas y quehaceres de la vida cotidiana.
- Reorganización. Poco a poco estas fases se superan y surge el afrontamiento, se reorganiza la propia existencia. Si no se logra llegar a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión, la distimia, supera el año tras la pérdida). Estas manifestaciones patológicas también pueden darse por el exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar, y la presencia de euforia unida a veces a una negación de la muerte.

3.3 ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO HACIA LA MUERTE

Al analizar las actitudes hacia la muerte de los individuos, resulta de interés analizar las actitudes del personal sanitario ante ésta. Los cambios socioculturales descritos con anterioridad, han afectado también a los profesionales que nos atienden en los centros de salud, especialmente a los profesionales sanitarios, que toman, por lo general, ciertas actitudes donde algunos pacientes y familiares son cómplices de la mentira.

- *No querer nombrar la muerte.* Tampoco se suelen querer nombrar las patologías que se cree que la atraen. Poco a poco se establece un ritual de ocultación, se trata del uso de la piedad para “evitar la angustia al enfermo”, pero lo que realmente se hace es evitar la angustia al personal sanitario que así evita comunicarse con el paciente respecto a un tema para el que no se siente preparado para comunicarse. Kasper (1987) dijo “ parece que los médicos tienen más miedo a la muerte que los enfermos”
- *No mirar cara a cara al paciente.* Evitar su contacto. Muchos profesionales sanitarios no sólo evitan hablar de la muerte, además tratan de no mirar a los pacientes a la cara, especialmente a los ojos, a los pacientes en fase terminal de la vida, por temor. El enfermo suele notar este tipo de contacto y en muchas ocasiones se sienten personas “apestadas”. Los profesionales, ante este tipo de situaciones, frecuentemente manifiestan incongruencias entre su lenguaje verbal y el no verbal.

Por tanto podemos llegar a la conclusión de que el hospital se ha convertido en el marco institucional que recoge en Occidente el proceso de morir (hasta los años 50 el 80% de las muertes tenían lugar en casa y el 15% en el hospital, hoy casi el 75% de las muertes urbanas se ubican en el medio hospitalario). Pero parece que no se ha dotado de medios materiales y personales para acoger esta nueva realidad. Éticamente no se debe alargar la agonía, se debe delimitar el punto de frontera que permite respetar la dignidad humana, y no crear supervivencia tecnológica.

D. J. Roy (1998) ha sintetizado las condiciones esenciales del Morir con Dignidad de la siguiente forma:

1. Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar algunas horas suplementarias de vida biológica.
2. Morir sin dolores atroces que monopolizan toda la energía y la conciencia.
3. Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser un momento hermoso.

4. Morir manteniendo con las personas cercanas y queridas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil “ars morendi”.
6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto queden sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Así, según nos dice el autor, “cada cual recuperará el protagonismo existencial de su propia muerte, porque la muerte nos pertenece y a ella pertenecemos, pese a todas las ofrendas tecnológicas, es implacable. Podemos negarla o ignorarla, jugar al como si no, pero a todos nos espera, y temerla o disfrazarnos con catéteres y aparatos no evita que nos guarde a todos”

3.4 LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

Resulta de interés en este marco teórico abordar el tema de la Conspiración del Silencio. Suele definirse como un acuerdo, explícito o implícito entre los profesionales sanitarios, los familiares y allegados al paciente, de ocultar o distorsionar la información sobre su situación (diagnóstico, tratamiento, pronóstico) al paciente para evitarle el sufrimiento de enfrentar el final de su vida. Según la investigación realizada por M^a de los Ángeles Ruiz-Benítez Lugo y M^a Cristina Coca (2008), en su artículo “El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales”, el 21% de las personas al final de su vida conocen tanto su diagnóstico como su pronóstico. La inevitabilidad de la muerte y la conciencia de ella, es un asunto importante que trata de evitarse en muchas ocasiones. Hablar de la posible muerte de alguien con quien nos sentimos vinculados es el tema más difícil que ha de afrontar el ser humano, cuando ésta está próxima, las barreras para la comunicación se intensifican. En el entorno cultural en que vivimos es frecuente ocultar el diagnóstico o el pronóstico al paciente al final de su vida. Este ocultamiento da lugar a la “Conspiración o pacto de silencio”, se trata de un pacto para ocultar la información del estado al propio paciente, sin tener en cuenta sus deseos.

Todos los enfermos tienen derecho a saber lo que tienen o les pasa y no todos necesitan ni quieren saberlo todo, así lo recoge la ley 41/2002 donde se indica que el médico responsable ha de saber distinguir las situaciones. Este proceso de información no

es ajeno a la cultura, la actitud y las creencias del paciente, la familia y el personal sanitario. Además la enfermedad no debe ser abordada sin tener en cuenta el contexto biográfico particular. El paciente, la familia y los profesionales sanitarios deben considerar las amenazas y los recursos con los que cuentan. En el ámbito de cuidados paliativos se necesitan instrumentos y métodos de evaluación breves, no intrusivos. El paciente al final de la vida experimenta una situación única. El sistema familiar se ve afectado a todos los niveles y pasa por fases de adaptación igual que el enfermo. Además, es importante considerar también la cantidad de tiempo que queda para prepararse para la muerte del familiar, los temas que hay que cerrar, la posterior supervivencia sin él. En este estudio realizado por las autoras más arriba mencionadas, se llegó a diversas conclusiones, entre ellas, a poder decir que la variable que más influye para ocultar la gravedad de la situación al paciente, es el miedo a las repercusiones negativas que puedan derivarse de la revelación de la verdad. En cuanto a las variables que entran en juego para ocultar o no el diagnóstico, varios estudios coinciden diciendo que algunas son de tipo personal como la edad y el nivel de instrucción, y otras son factores como el desbordamiento emocional, dificultades de comunicación con el enfermo terminal y conductas de evitación y miedo ante la muerte que presenta el cuidador. El impacto emocional consecuencia de la información del diagnóstico al sistema familiar bloquea la comunicación entre éste y el paciente.

Desde las ciencias sociales se ha investigado la concepción y significación de la muerte (Álvarez, 2001; Cernadas, 2001). A pesar de ser algo que nos sucederá a todos, el proceso de morir y el duelo serán diferentes en función de las actitudes que cada individuo tenga ante la muerte. Para entender las características que hoy ha tomado éste tema, es necesario recurrir a dos momentos históricos relevantes que marcan cambios estructurales: s XIX, momento en que los médicos comienzan a diagnosticar la muerte. S.XX con la introducción de la tecnología médica y la puesta en marcha de las unidades de cuidados intensivos.

3.5 LA ELABORACIÓN DEL DUELO

Negar la muerte conlleva un problema serio, que es la falta de elaboración del duelo (Schmidt, 2007), entendiendo el duelo como un proceso emocional (Fernández, 2002). Los profesionales sanitarios consideran en muchas ocasiones la muerte como un fracaso y valoran el éxito en función del tiempo de supervivencia y no por la calidad de vida durante ese tiempo. Es necesario que el profesional sanitario tenga una visión holística del duelo. La enfermera es el profesional que más sufre la atención a la muerte por dos motivos, por la consciencia de la propia muerte y las pérdidas vividas, y porque es quien más horas comparte con el paciente y su familia (Collell, 2005). Está expuesta con frecuencia a la muerte de los pacientes, y está obligada a enfrentarse a su propia muerte (Peters, 2013) con la ansiedad e incomodidad que conllevan las reacciones emocionales que se deben canalizar de forma adecuada, suponiendo un reto continuo de adaptación a la situación y permitiendo el crecimiento personal si se van superando (Collell, 2005). Las expectativas de autoeficacia y competencia percibida por los profesionales pueden ser algunos moduladores personales responsables de la adaptación de las situaciones de ansiedad y estrés (Collell, 2005) ante la muerte y el morir. Bugen (1980-1981) estudió la importancia de la competencia percibida ante la muerte. Aunque, según Limonero (Collell, 2005), también influyen dos aspectos personales intrínsecos a la persona: la experiencia previa y los rasgos de personalidad.

Alba Payás, psicoterapeuta que lleva más de 20 años acompañando a las personas que afrontan la muerte o el duelo, asegura que “es imposible acompañar a alguien en el dolor cuando el tuyo no lo has atendido, no eres capaz de gestionar tus propias emociones y acabas animando a la persona en duelo a que evite su sufrimiento, es decir proyectando tus pérdidas no resueltas”. La autora, al mismo tiempo, considera que “el duelo es un problema sumergido porque no es detectado ni tratado de forma adecuada desde atención primaria y salud mental, además , la falta de tratamiento adecuado hace que tenga un coste económico, social, laboral y relacional muy alto. La persona con duelo tiene un consumo elevado de recursos sanitarios, más bajas laborales, consumo de medicación además de la afectación familiar. Este coste se podría prevenir con una atención preventiva como, por ejemplo, apoyando la implementación de unidades especializadas”. Estas unidades de duelo, para Alba Payás, podrían estar adscritas a la atención primaria, a paliativos, centros de salud mental y fundaciones públicas y privadas. En mucha parte del territorio las familias no saben adónde ir y acaban con sobre-medicación.

Desde el punto de vista del constructivismo social el duelo es un proceso emocional y tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor

suyo. Esta construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un “programa de conducta” innato, independiente de los valores culturales. Además, el estado emotivo refuerza las creencias culturales y éstas, modelan la forma en que se expresa la emoción. El duelo es el proceso por el que quien lo realiza puede reconstruir su mundo sin el objeto perdido. Se trata de dotar de sentido a los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos, que se corresponden a las tareas enunciadas por Worden (1991):

- Construir un mundo sin la persona o el objeto perdido.
- Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía.
- Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos de la persona o del objeto perdido.
- Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, personas o relaciones, lo que, supone no la reorientación de un afecto que queda vacante, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo sin el objeto perdido, pero que es capaz de albergar otras personas u objetos dignos de ser amados.

3.6 LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los médicos, las enfermeras, desde siempre estuvieron al lado del paciente con dolor durante la enfermedad y al final de sus vidas, sin embargo, el movimiento de cuidados paliativos puede considerarse desde mediados de los años setenta en Inglaterra.

La Organización Mundial de la Salud define este tipo de cuidados como el “cuidado activo y global de pacientes con enfermedades sin respuesta a tratamientos curativos”. Los elementos esenciales de un programa de cuidados paliativos consisten en tener una visión holística del enfermo. Están orientados a controlar el dolor del paciente y otros síntomas que le creen molestia y sus problemas psicológicos, sociales y espirituales. Su objetivo es procurar conseguir una mejor calidad de vida para los enfermos y sus familiares.

La tendencia que se observa en la mayor parte de los países europeos es incluir la Medicina Paliativa como parte de la cartera de servicios de los programas nacionales de salud. El Consejo de Europa, en el año 2003, a través de su recomendación 24 al Comité de los Ministros de los Estados Miembros: Recomendación clave nº1: “es necesario adoptar políticas sanitarias, legislativas y cualquier otra medida necesaria para desarrollar una política marco para cuidados paliativos de un modo coherente y amplio en todo el territorio nacional”.

Los profesionales de Medicina Paliativa están cada vez más concienciados de que éste tipo de medicina no debe aplicarse únicamente en enfermos oncológicos. Estos cuidados deben extenderse, adaptándose en lo necesario para beneficiar a muchos otros pacientes con diagnósticos distintos al cáncer. La Organización Mundial de la Salud considera que son aplicables en los inicios del curso de la enfermedad, combinándolos con otras terapias dedicadas a prolongar la vida.

Una tendencia para el futuro es aplicar cuidados paliativos a todos aquellos que lo necesiten: ancianos, pacientes pediátricos, pacientes sin cáncer, etc. (Centeno, 2007), puesto que cuidados paliativos no es sinónimo de cuidados terminales.

El paciente, por el principio de autonomía, es el titular de la información. Esto ha creado una nueva relación médico-paciente en la que el enfermo acepta o rechaza un procedimiento terapéutico en función de su propio criterio. El paciente elegirá entre varias opciones propuestas la que considere más adecuada a sus valores e intereses. El médico en muchas ocasiones se encuentra en un dilema en que confluyen los principios éticos y las influencias culturales. Es el responsable de garantizar ese derecho y de asegurarse de conocer lo que el paciente desea. El instrumento idóneo para detectar las situaciones difíciles y conflictivas en cuidados paliativos es la comunicación, llevada a cabo en un ambiente empático entre el paciente y un profesional sanitario de su elección a lo largo del proceso de la enfermedad (Astudillo, Mendunieta, 1998).

“La calidad en la toma de decisiones dentro de la relación clínica depende de un elemento clave: la colaboración entre profesionales cualificados y los pacientes competentes, lo que ha sido posible porque se ha pasado del modelo médico paternalista en el que tomaba el médico decisiones e informaba a los demás a un modelo interdisciplinar democrático en el que los objetivos del enfermo se tienen en cuenta” (Astudillo et al. ,1998).

3.7 EL CONCEPTO “SALUD” EN LA ACTUALIDAD

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), en las recomendaciones de la Guía de Criterios de Calidad, señala como elemento fundamental de la asistencia una atención integral, lo que supone contar con los factores biológicos, emocionales, sociales y espirituales. Estos factores deben ser evaluados en el momento de hacer la anamnesis del paciente. Se debería ofrecer al paciente un espacio y tiempo para expresar sus emociones, recibir información, resolver dudas, etc. El concepto de lo que es estar sano y enfermo se ha ido redefiniendo a lo largo de las últimas décadas. Cuando hablamos de salud no nos referimos únicamente a la ausencia de enfermedad, también se refiere al hecho de que el paciente pueda incorporar un sentido de la enfermedad al contexto de su vida. Una parte importante del malestar de los pacientes no proviene directamente de la enfermedad sino de la experiencia subjetiva de la misma. Se puede estar ante la muerte y sentirse sano, y se puede estar sufriendo y no tener síntoma somático de enfermedad. Los factores espirituales son reconocidos en el mundo de la medicina como elementos susceptibles de contribuir a la serenidad o al padecimiento de muchas personas. Varios autores han descrito las necesidades espirituales que aparecen frente a la amenaza que supone la presencia de una enfermedad letal. La revisión de la literatura hace referencia a las relaciones entre espiritualidad y salud confirma que la espiritualidad suele ser un factor protector. En los pacientes con cáncer, por ejemplo, su bienestar espiritual aparece relacionado con la calidad de vida, con su recuperación más rápida, sentimientos de esperanza. En el paciente al final de la vida, el sufrimiento espiritual se ha asociado al aumento de la tensión, estados confusionales, ansiedad y depresión, mecanismos de afrontamiento evitativos, desesperación, pensamientos suicidas. La sintomatología somática que no responde a tratamientos convencionales, también está relacionada con altos niveles de sufrimiento espiritual. Por tanto resulta poco razonable abordar la depresión, la ansiedad asociada a la enfermedad, sin considerar el peso del malestar espiritual. Debemos tener en cuenta que el dolor espiritual no puede curarse con analgésicos. Los profesionales de la salud no pueden encontrar respuesta a las preguntas existenciales del paciente, pero pueden darle confort acompañándole en la exploración de las preguntas, facilitando el diálogo, derivándolo a los servicios que requiera. La atención espiritual debería incluir al paciente y a los cuidadores familiares, y debería ser una parte del cuidado, que tuviera igual importancia que los aspectos biomédicos y biopsicosociales. Los equipos multidisciplinares deberían tener acceso a una formación de calidad sobre atención espiritual y la posibilidad de identificar niveles de intervención y recursos apropiados de derivación cuando sea necesario.

3.8 ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA AFRONTAR LA MUERTE?

En general, no estamos preparados, ni como profesionales ni como personas, para afrontar la muerte. El médico no debe desatender la asistencia al enfermo terminal, igual que tampoco debe hacerlo la familia. La psicología de la salud investiga y elabora recomendaciones científicamente fundamentadas que permiten lograr estrategias de afrontamiento a la muerte en tres direcciones:

- La manera como el equipo de salud afronta la muerte del paciente terminal.
- Los afrontamientos de los familiares.
- La manera como el paciente afronta su propia muerte.

Los profesionales de la salud deben desarrollar actitudes de proximidad interpersonal, pero manteniendo un distanciamiento, debe centrarse en el enfermo y respetar la intimidad de éste. El profesional debe ayudarle a orientar su marco existencial y a enriquecerlo. La familia debe prepararse para no dejar solo al paciente con su sufrimiento, y hacer que su atención vaya encaminada a aumentar la calidad de vida y la muerte del paciente. Deben mostrar apoyo constante hacia el enfermo, hacer que se satisfagan sus necesidades tanto físicas como psicológicas, ayudarle a resolver sus asuntos pendientes, tanto espirituales como materiales. El paciente debe tener la posibilidad de vivir plenamente y con lucidez la última etapa de su vida, si es lo que desea, y esto lo va a lograr en dependencia del sentido que le haya dado a ella. Se dice que el hombre muere como ha vivido.

Debemos recordar también que los profesionales de salud se enfrentan a una tarea compleja, en la que influyen circunstancias, entre ellas podemos señalar estresores de la profesión que suponen una implicación emocional muy elevada y los relacionados con la organización del trabajo:

- Constantemente se enfrentan al sufrimiento y muerte del paciente, posteriormente al dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exigen un grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes sus familiares.
- Horario de trabajo irregular por la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.

- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Para finalizar este marco teórico queda destacar la idea de que morir, moriremos todos, por tanto es importante la educación y preparación para la muerte. Esa preparación nos incluye a todos: profesionales sanitarios que lo afrontan día a día, familiares, allegados que se enfrentan a la muerte.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta investigación se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica de artículos y publicaciones, la mayor parte de ellos, publicaciones en revistas científicas de temas médicos y enfermería. Se realizó una búsqueda en Google Scholar y en la base de datos de Pubmed, buscando literatura sobre el proceso de duelo, la muerte, los cuidados paliativos y la influencia de la religión en la muerte. Finalmente se seleccionaron parte de estos artículos cuyas conclusiones se utilizan para contrastar algunos de los resultados obtenidos en la propia investigación. Una vez leídos y analizados dichos artículos, resultó de interés el poder analizar la capacidad de afrontamiento a la muerte de los profesionales del Área Básica de Salud de Gavà 2.

Se trata por tanto, en su primera fase, de una investigación secundaria puesto que se utilizan como base, ciertas tesis doctorales de varios autores y diversos artículos, revistas y otras publicaciones. En una segunda fase se trata de una investigación primaria, puesto que se analiza la información que obtenida de forma directa con el test de Afrontamiento a la muerte de Bugen y con la encuesta diseñada para la investigación.

4.1 HIPÓTESIS

- La profesión ejercida por el profesional influye en su afrontación a la muerte
- Los años de experiencia profesional influyen en la afrontación a la muerte del propio profesional
- Estar formado en paliativos influye en disponer de mayor capacidad de afrontamiento ante la muerte.
- A mayor práctica religiosa por parte del profesional, mayor afrontamiento ante la muerte.

4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Ambos instrumentos fueron suministrados por correo electrónico a cada uno de los profesionales que estaban trabajando en junio del 2013 en el Área Básica de Salud de Gavà 2. Los sujetos de estudio son todos los trabajadores, sin distinción por disciplina, tanto sanitaria como no sanitaria, el único criterio utilizado fue el de la participación voluntaria.

4.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El total de profesionales que trabajaban en dicha Área de Salud en junio de 2013 era de 52 individuos. El número de profesionales que respondió a los test fue 38, de los cuales 5 eran hombres (13%) y 33 eran mujeres (33%).

La edad media de las personas entrevistadas es de 45.7, siendo el rango de edades de 28 años el más joven y 64 el de mayor edad.

De los profesionales que respondieron a los cuestionarios:

- 8 médicos de familia y comunidad (médicos de cabecera) (21%)
- 3 pediatras (8%)
- 5 enfermeras/os (13%)
- 1 enfermera pediátrica (3%)
- 13 personal administrativo (34%)
- 8 profesionales de otras disciplinas (21%)

4.3 ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO A LA MUERTE

Es una escala creada por Bugen (1980-1981). Se diseñó inicialmente para evaluar la efectividad de un programa de formación destinado a los voluntarios en un hospicio. Se pretendían identificar habilidades y competencias que deben de estar presentes, según el autor, en una adecuada atención a pacientes y familias

La escala está constituida por 30 ítems. Cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24 y sumando luego todas las puntuaciones. Cuanto más altas sean las puntuaciones mejor serán las estrategias para el afrontamiento de la muerte. Existen varios estudios, como la tesis doctoral de Jacqueline Schmidt, que justifican, mediante las técnicas y métodos adecuados, cómo al calcular la fiabilidad de dicho instrumento. El ítem 1 “Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”, el ítem 13 “Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente” y el ítem 24 “Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo”, tenían un funcionamiento deficiente. Por este motivo, en la investigación, a la hora de realizar los cálculos finales se han omitido en todos los casos los resultados de los ítems 1, 13 y 24.

Para hacer más entendible el resultado de la escala de Bugen se realizan las siguientes aclaraciones: al utilizar 27 de los ítems de ésta, la máxima puntuación que se

puede obtener es de 189, correspondiendo ésta a la máxima capacidad de afrontamiento a la muerte y la mínima, y por tanto menor capacidad de afrontamiento, correspondería a un resultado de 27.

4.4 CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO

Tras revisar la bibliografía, los ensayos, las tesis, es decir, el diferente material encontrado en varios buscadores y bibliotecas, así como varios cuestionarios sobre temáticas relacionadas con el objeto de estudio, se fueron anotando diferentes cuestiones que se consideraron de interés. Estas cuestiones se acabaron convirtiendo en el cuestionario diseñado exclusivamente para la investigación. Se ha intentado que las preguntas sean simples y limitadas. Todos los cuestionarios han sido respondidos de manera voluntaria, anónima e individual

Teniendo claros los objetivos, se formulan dimensiones que abarcan los aspectos de interés de cara al análisis posterior y que constituyen el eje del cuestionario:

- En la primera parte de éste, de la pregunta 1 a la 3, se analizan aspectos relacionados con la vinculación a la muerte en la niñez de los individuos encuestados
- De la pregunta 5 a la 7 se pretende obtener alguna información respecto a la muerte, información sobre ésta en relación al profesional. Son preguntas ubicadas en un momento inicial, lo que se pretende con ellas es más que obtener gran cantidad de información, hacer que el encuestado se familiarice con el instrumento.
- De la pregunta 8 a la 12 pretenden obtener información respecto a la religión del entrevistado y a su práctica religiosa
- En las preguntas 13, hasta la 15 se pretende analizar la formación en cuidados paliativos, si la tiene, del individuo
- Las últimas preguntas del cuestionario, de la 16 a la 21, pretenden analizar rasgos socio demográficos de cada uno de los entrevistados. La cuarta pregunta también pretende dar respuesta a características socio-demográficas, en este caso, respecto a la unidad de convivencia, para posteriormente valorar si influye de alguna manera en las respuestas obtenidas. Esta pregunta igual que la 5 y la 7, se sitúa al inicio del cuestionario con la finalidad de familiarizar al individuo encuestado con la herramienta de trabajo.

4.5 ANÁLISIS DE DATOS

Se trata de un estudio piloto, podría ser considerado la fase previa a la investigación, y por ello, una pieza clave. Se trata de una investigación empírico-descriptiva, cuya finalidad es la exploración y la descripción. Para el análisis de datos se ha utilizado la metodología cuantitativa, concretamente la estadística descriptiva, en una primera fase.

Para realizar el análisis cuantitativo de datos se ha usado el programa Excel. Primero, se creó una matriz de datos tras codificar los resultados obtenidos tanto en la Escala de Bugen de Afrontamiento a la Muerte como en el cuestionario diseñado. Con los resultados obtenidos se realizarán tablas y gráficos con la finalidad de aportar más información al lector y haciendo así más visibles y comprensibles los datos obtenidos. En una segunda fase, con el uso técnicas cualitativas se completarán las explicaciones aportadas respecto a los resultados.

Como técnica cualitativa he utilizado la Teoría Fundamentada. Representa un estilo de investigación en que la construcción de la teoría está basada en los datos empíricos que la sustentan, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo. El procedimiento de análisis tiene el propósito de generar conceptos y desarrollar teoría a partir del material que procede del estudio de casos. Parte de la necesidad de conocer, de analizar, el punto de vista del actor, es decir, interesa una perspectiva que recoja el punto de vista de los sujetos investigados, como lo perciben y categorizan. Esta metodología cualitativa pretende responder al principio de la rigurosidad empírica como al de la diversidad de significados. Para la elaboración de ésta me he basado en la bibliografía enumerada en el apartado correspondiente. La metodología utilizada para llevar a cabo esta técnica ha sido la de la Comparación Constante, que se caracteriza por:

- Se centra en la generación de teoría y orienta el análisis hacia la saturación de información, no a su generalización.
- El foco de análisis no es la recogida de datos y su ordenamiento, sino en la organización de muchas ideas que se obtienen del análisis de datos.
- La recogida de datos y su análisis son procesos entrelazados y deben ocurrir alternativamente, puesto que es el análisis el que dirige el muestreo de los datos.
- El análisis se identifica con el proceso y las técnicas de codificación.
- Este proceso de codificación se sustenta en: la realización de comparaciones y la formulación de preguntas.
- Su objetivo es la conceptualización.

Esta técnica consta de las siguientes etapas:

- Comparar incidentes aplicables a cada categoría
- Integrar categorías y propiedades
- Delimitar la teoría
- Escribir la teoría

En el estudio piloto realizado no se alcanza la última fase, no se escriben teorías, pero se comparan los datos obtenidos con las teorías, artículos y otras publicaciones seleccionadas para la investigación.

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

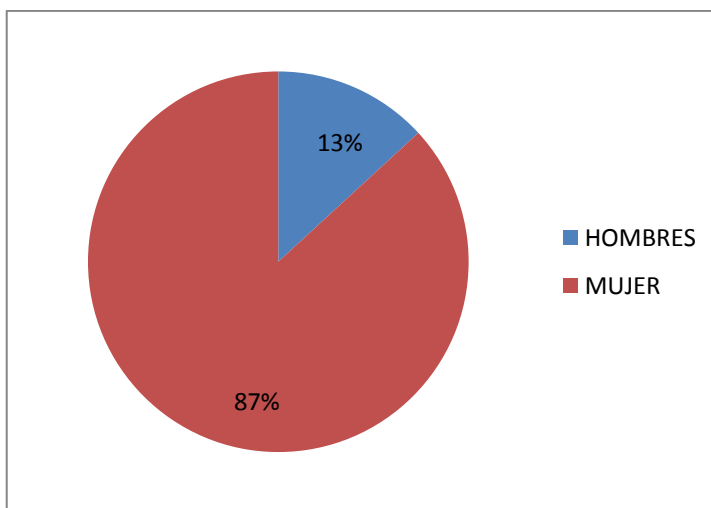
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación se realiza un análisis descriptivo con la finalidad de clarificar el trabajo realizado en función de algunas características de los individuos:

5.1.1 EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Respecto al género de individuos encuestados, la Ilustración 1 nos permite visualizar el porcentaje de hombres y mujeres que han formado parte de la muestra.

Ilustración 1: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



FUENTE: elaboración propia, 2013

El número de mujeres que han participado en el estudio es muy superior al de individuos de género masculino. En el Área Básica de Salud de Gavà 2, prácticamente la totalidad de profesionales son trabajadoras, el número de hombres es muy reducido. Resulta de interés este dato porque parece algo común en gran cantidad de ambulatorios. Las mujeres poco a poco se han formado en diferentes disciplinas de atención al "otro", en este caso al paciente del centro de atención primaria de salud, en mayor proporción que los hombres. Este hecho podría estudiarse en las diferentes facultades de enfermería, medicina, odontología, pediatría, trabajo social, etc. Se considera que la evolución del género femenino en tareas de asistencia sanitaria podría ser un tema de gran interés para investigar.

5.1.2 EN FUNCIÓN DE LA EDAD

La edad media de las personas encuestadas es de 45.7 años, teniendo el individuo de menor edad 28 años y el de mayor, 64.

La edad parece representar uno de los factores más importantes de la actitud hacia la propia muerte. En los intervalos de edad comprendidos entre 65 y 95 años la respuesta predominante es la aceptación de la muerte como algo inevitable.

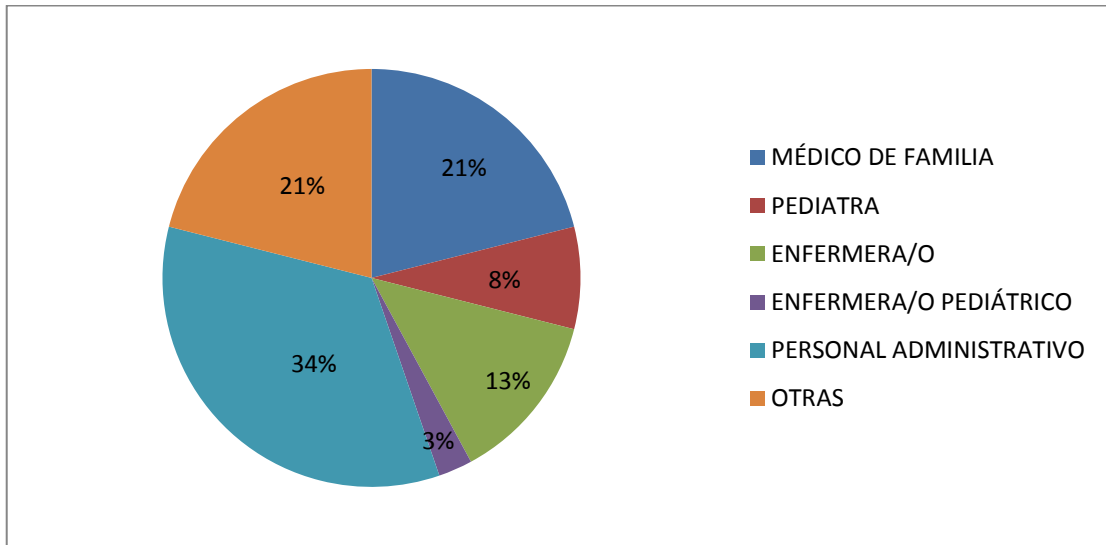
En el intervalo de edad de 85 a 95 años aumenta sensiblemente el porcentaje de aceptación; parece que la inminente proximidad a la muerte puede conllevar un mayor grado de aceptación.

Hay autores que admiten que el grupo de edad puede determinar la percepción que se tiene del tema objeto de estudio, basándose en que el concepto que se tiene de la muerte se modifica y configura a lo largo del desarrollo evolutivo del hombre y por tanto, después de todo un ciclo en el cual se han ido asimilando experiencias y sentimientos, es en la vejez cuando parece que se llega a aceptar como un proceso natural, como algo inevitable. Esta línea de pensamiento sostiene que al cabo del tiempo, y en comparación con otros grupos de edad, la mayoría de los ancianos suelen poseer una orientación activa hacia la muerte y no están de acuerdo con la idea de que se deba ignorar y no hacer planes en relación con ella (testamento, funerales, etc.).

5.1.3 EN FUNCIÓN DE LA PROFESIÓN QUE SE EJERCE

La distribución de la muestra en función de la profesión desempeñada por la persona encuestada, quedaría representada por el siguiente gráfico:

Ilustración 2: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA PROFESIÓN QUE SE EJERCE

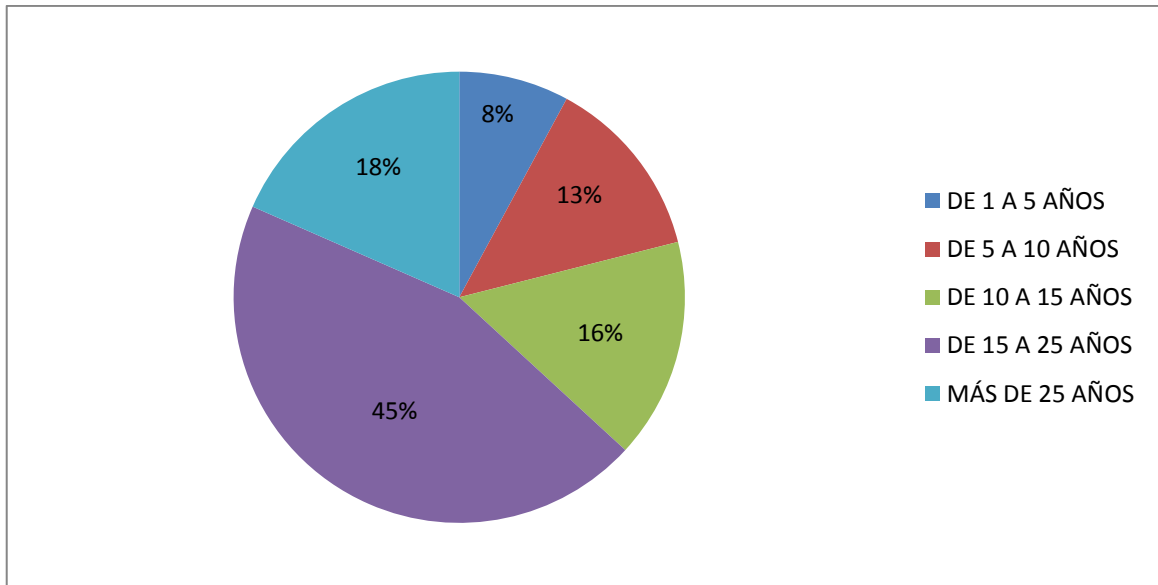


FUENTE: elaboración propia, 2013

La Ilustración 2 muestra como los profesionales administrativos son los que respondieron al cuestionario en mayor proporción, seguidamente estarían los médicos de familia y otras profesiones (en ambos casos respondieron al cuestionario en la misma proporción). Posteriormente quedarían representados los enfermeros, seguidos de los pediatras y en último lugar de los enfermeros pediátricos. Cabe destacar también que debido a las fechas en que nos encontramos, varios profesionales empiezan a disfrutar de sus vacaciones de verano.

5.1.4 EN FUNCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

Ilustración 3: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA



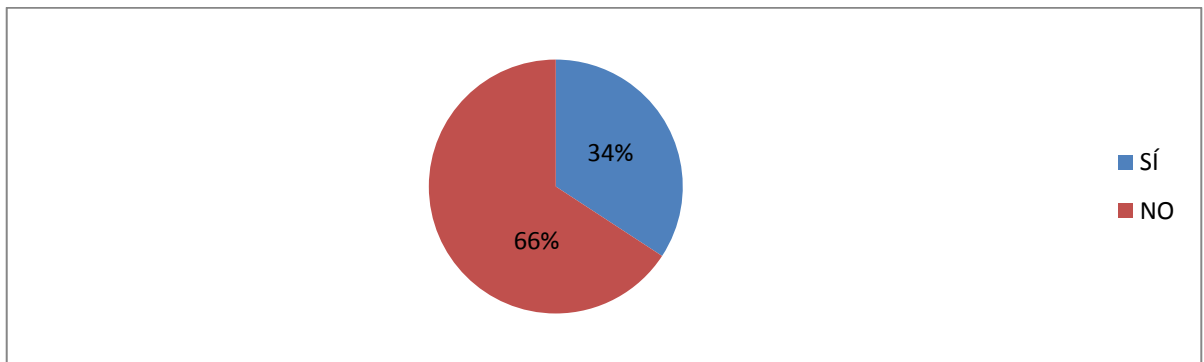
FUENTE: elaboración propia, 2013

Tal y como muestra la Ilustración 3, en el ambulatorio objeto de estudio, prácticamente la mitad de los individuos encuestados tiene una experiencia de entre 15 y 25 años en su profesión actual (45%). Posteriormente, la frecuencia que más se ha repetido ha sido la de personas que llevan trabajando más de 25 años en su disciplina actual. El personal menos representado es aquel que está menos experimentado. Un dato que hacía pensar que la experiencia de los profesionales en este centro sería larga es el de la media de edad, que debemos recordar era de 45.7 años. Se puntualiza, por tanto, que los test han sido pasados a personal de edades más bien maduras y con bastantes años de experiencia.

5.1.5 EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Respecto a la formación en cuidados paliativos, dentro de la muestra seleccionada, la distribución de los individuos sería la siguiente:

Ilustración 4: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

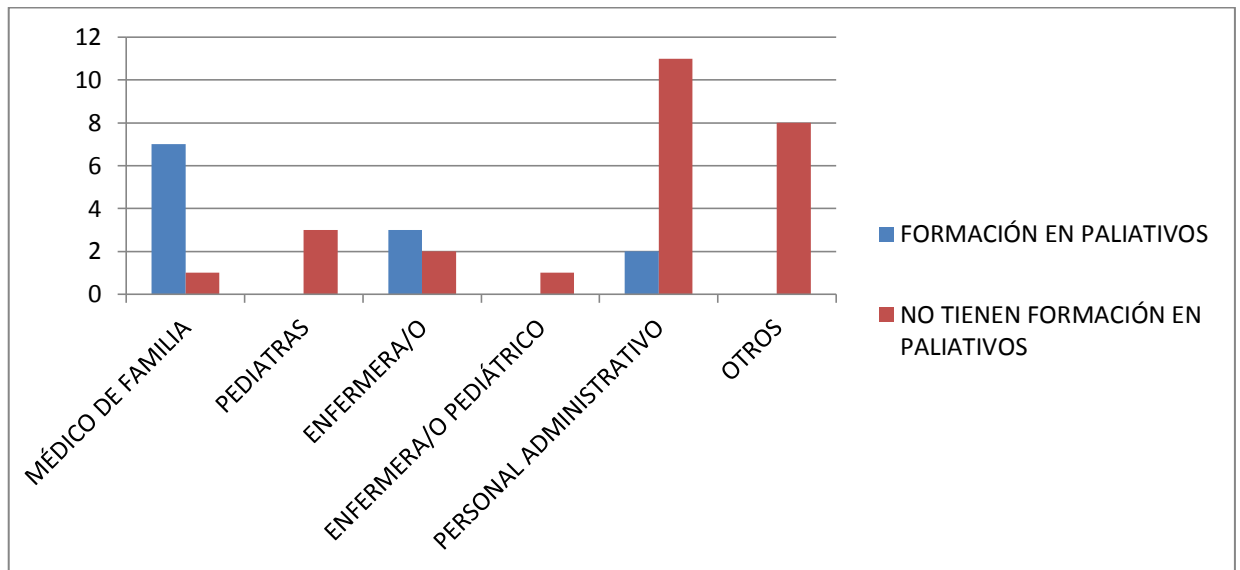


FUENTE: elaboración propia, 2013

La Ilustración 4 muestra que más de la mitad de los individuos no tienen ningún tipo de formación en éste ámbito. Se considera que éste tipo de formación resulta de especial interés en médicos y enfermeras, puesto que son las profesiones que más tratan con el paciente, especialmente en fase final de la vida. Uno de los razonamientos que respalda el resultado está relacionado con el personal administrativo. Estos profesionales no tienen por qué establecer un contacto de tipo emocional con los pacientes respecto a temas relacionados con su patología y su proceso vital y, por tanto, que la formación en paliativos no resulte de interés en su disciplina ni a nivel personal. Al analizar las encuestas se ha detectado que prácticamente la totalidad de médicos de familia y personal de enfermería tiene algún tipo de formación en este ámbito.

El gráfico que se muestra a continuación permite hacerse una idea respecto a la formación en cuidados paliativos en función de la profesión ejercida por los profesionales:

Ilustración 5: FORMACIÓN EN PALIATIVOS EN FUNCIÓN DE LA PROFESIÓN EJERCIDA



FUENTE: elaboración propia, 2013

La Ilustración 5 muestra como prácticamente la totalidad de médicos de familia tienen alguna formación en cuidados paliativos. De los pediatras seleccionados para la muestra, ninguno de ellos tiene formación en éste campo. Este hecho se relaciona con la idea de que, al tratar con infantes, individuos de edades comprendidas de 0 a 12 años, el fenómeno de la muerte parece quedar en segundo plano.

En el caso de que un menor fallezca, el pediatra no es el profesional que ha de continuar tratando las patologías de los familiares de éste, así como no realizará el soporte emocional necesario para que la situación no dé lugar a un proceso de duelo patológico. La capacidad de afrontamiento ante este tipo de muerte tanto por los profesionales como por parte de los familiares, supone unos niveles de ansiedad mucho mayores que en enfermos terminales de edades avanzadas. El proceso de duelo que se lleva a cabo por la muerte de un hijo, puede no finalizar nunca, llegando a no ser superado por parte de la familia, concretamente de la familia de primer grado, los padres. Este hecho es conocido por los profesionales de las instituciones sanitarias y resulta de difícil abordaje.

Respecto a la disciplina de enfermería superan aquellos que sí tienen formación en paliativos, resultado que también era de esperar. Se trata de profesionales que se desplazan

frecuentemente a los domicilios de pacientes que no pueden ir al ambulatorio a realizar sus curas, analíticas u otras pruebas, por diversos problemas que no les permiten desplazarse: la falta de autonomía a la hora de caminar, escasa red familiar que pueda acompañarles al centro, etc. La formación en paliativos contribuirá a poder afrontar mejor este tipo de situaciones.

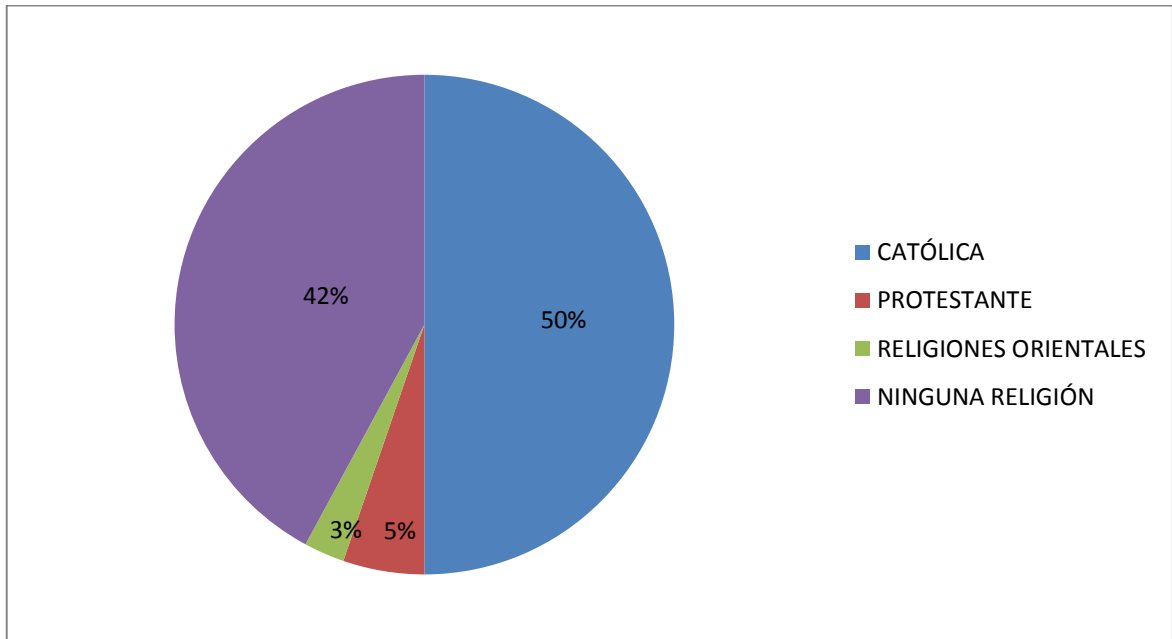
Respecto al personal administrativo, son pocos los individuos que tienen algún tipo de formación en el ámbito que se trata. Analizando las encuestas, se introdujo una pregunta de respuesta abierta en que cada individuo podía añadir específicamente la formación realizada al respecto. Los individuos pertenecientes al personal administrativo que tenían algún tipo de formación en este tema, lo habían hecho de forma autodidacta, es decir, su propio interés personal les impulsó a realizar alguna formación en este campo.

Finalmente, los profesionales que desarrollan otras profesiones (auxiliar de clínica, comadronas, ginecólogo, odontóloga, personal de la limpieza) ninguno de ellos tiene formación en éste ámbito.

5.1.6 EN FUNCIÓN DE LA RELIGIÓN

La Ilustración 6 muestra la distribución de la muestra en función de la religión de los profesionales:

Ilustración 6: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA RELIGIÓN

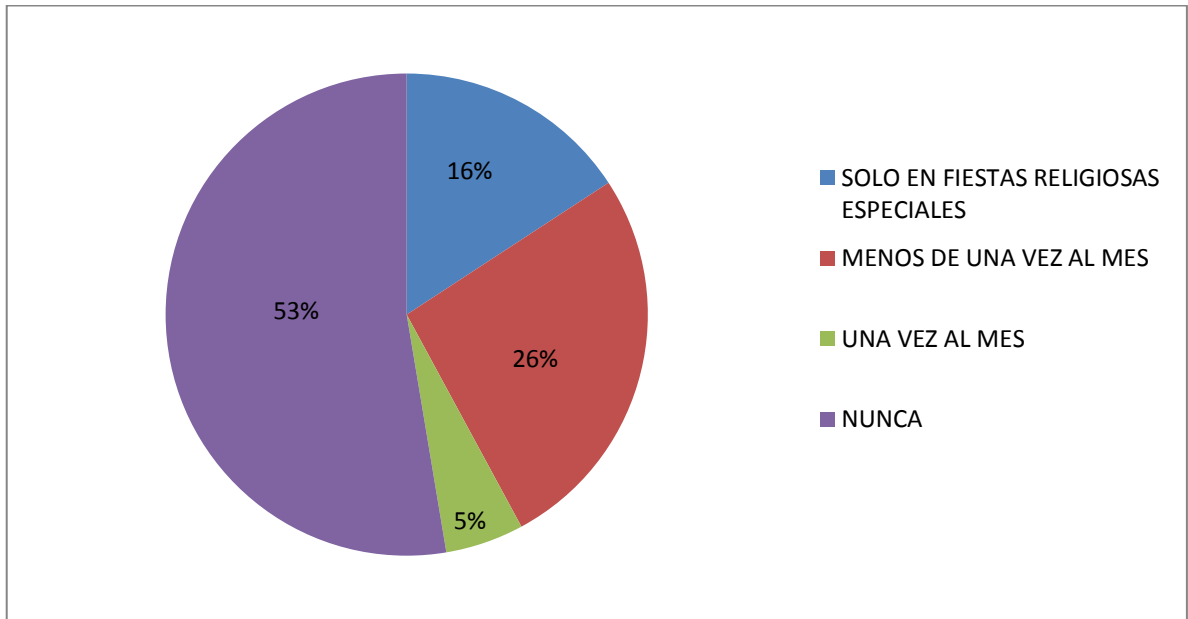


FUENTE: elaboración propia, 2013

Resulta de interés destacar que la mitad de la muestra seleccionada, el 50% manifiestan pertenecer, seguir, la religión católica. La proporción mayoritaria de individuos, posterior a la católica, sería la de aquellos que no siguen ningún tipo de religión. Igual que el concepto de muerte ha ido cambiando con el paso de los años, tal y como se justifica en el marco teórico de ésta exposición, también lo ha hecho la creencia de las personas en algún tipo de religión. Como nos muestra la Ilustración 6, el 42% de los individuos no cree en ninguna religión.

El gráfico que representa la frecuencia de asistencia de los individuos de la muestra a ritos religiosos, es el siguiente:

Ilustración 7: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA ASISTENCIA A RITOS RELIGIOSOS



FUENTE: elaboración propia, 2013

La Ilustración 7 muestra como a pesar de que el 50% de los individuos manifestó ser católico, el 53% de ellos no asiste nunca a ritos religiosos. Seguidamente nos encontramos al 16% de la muestra escogida que asiste a rituales religiosos sólo en fiestas especiales. El porcentaje menor es el de aquellos que van con mayor frecuencia a la iglesia o su lugar de culto.

En nuestra sociedad, el punto de vista sobre nuestro destino después de la muerte es diferente según las distintas religiones y podemos dividirlos en dos principales:

En primer lugar el que postula que cuando fallecemos nuestro alma o espíritu abandona el cuerpo y regresa al lado del dios o dioses que lo han creado para ser juzgado por sus hechos en la pasada vida, premiándolo o castigándolo según hayan sido éstos (son ejemplos el cristianismo y el mahometismo).

En segundo lugar, la corriente espiritual que asegura que nuestro alma es una parte del dios que nos creó a todos, dentro de un vehículo físico temporal, que se ve inmersa en un ciclo de vida-muerte-reencarnación con el propósito de ir perfeccionándose con cada

etapa hasta conseguir alcanzar el estado de iluminación que le permita regresar a ese Ser que le creó y del cual forma parte. Son ejemplos el budismo y el hinduismo.

Para los católicos (50%), la muerte forma parte de la vida, no se trata de una ruptura importante. Se fían de Jesús que dio su vida por ellos para tener vida eterna. Creen que Jesús resucitó y también resucitarán con Él. Creen que tienen un alma inmortal creada por Dios que no muere con la muerte sino que pervive en una vida eterna. La muerte se identifica con el dolor y con la separación física, aunque prevalece la idea de que el tiempo, la acumulación de experiencias, la fe y la creencia en la religión, mitigan el dolor. El factor religioso es determinante a la hora de analizar la muerte. Todo aquello que está relacionado con la vida y a la muerte lo decide Dios. Esto tiene que ver, por un lado, con la visión católica de la concepción de la muerte como una puerta a la salvación eterna (nos vamos directamente al cielo o al purgatorio para redimir los pecados), y por otro con la construcción cultural de la vida como un valle de lágrimas. Con base en estos argumentos, se atenúa o justifica la separación física de la familia ya que en el paraíso se volverán a reunir todos los miembros de la familia.

En religiones como el budismo (de tipo oriental) la muerte se contempla como una transición que consta de cuatro principales transiciones:

La primera es la de la vida.

La segunda, comienza cuando el individuo se encuentra con las condiciones que propiciarán su muerte y termina cuando todos los factores constitutivos físicos y mentales de la persona se colapsan.

La tercera comienza en el instante mismo en que la mente se separa del cuerpo.

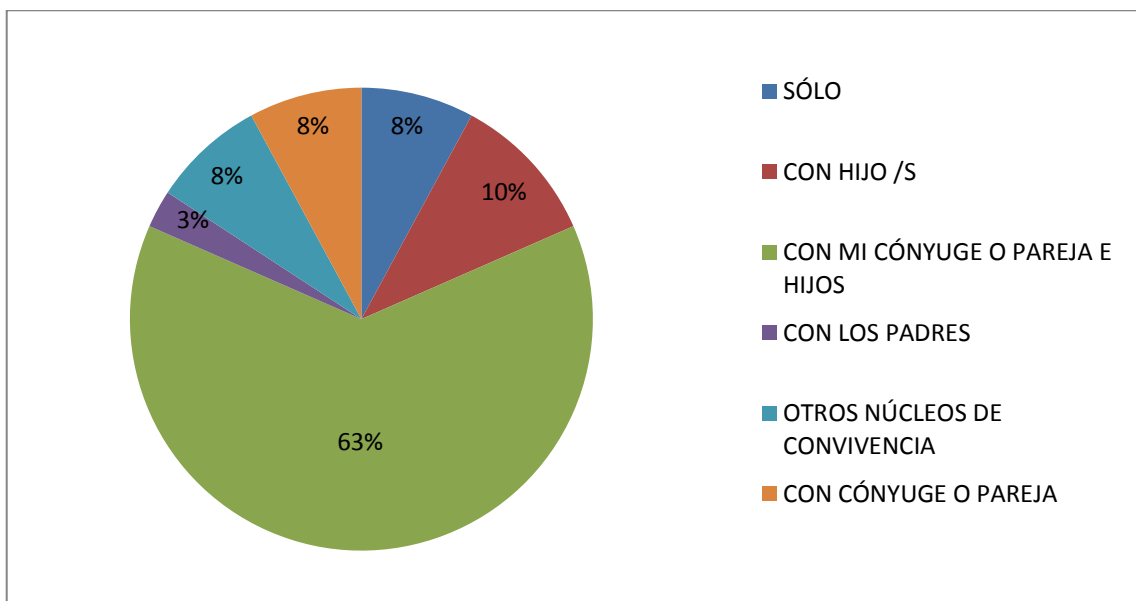
La cuarta y última transición es la del renacimiento.

La tradición budista sostiene que la muerte es una realidad que debemos contemplar para poder vivir nuestra vida con integridad.

5.1.7 EN FUNCIÓN DEL NÚCLEO DE CONVIVENCIA

La Ilustración 8 muestra como el 63% de los individuos residen con su cónyuge o pareja e hijos. Si consideramos que la edad media de la muestra es de 45.7 años, y que la edad media de la mujer a la hora de tener hijos que está en 32 años, no resulta sorprendente que más de la mitad de la muestra resida con su pareja e hijos. El siguiente núcleo de convivencia común es el de progenitores que residen solos con sus hijos. Una de las explicaciones la encontramos en una dinámica de modelo familiar, donde cada vez existen más divorcios, es algo que tenemos muy interiorizado y en la sociedad en que vivimos, la mayoría de personas consideran que para convivir sin ser felices, sin estar cómodos, mejor separarse. Cada vez más son los hogares monoparentales en nuestra sociedad.

Ilustración 8: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DEL NÚCLEO DE CONVIVENCIA



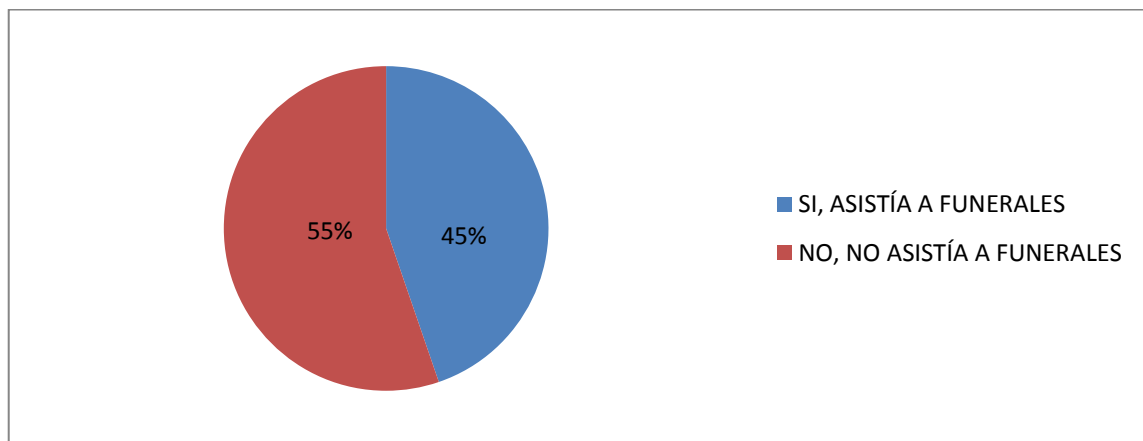
FUENTE: elaboración propia, 2013

El estado civil parece determinar las actitudes que, de manera más notable en los ancianos, se mantienen hacia la muerte. Así, se ha constatado que los ancianos casados muestran una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos o los solteros (Wagner y Lorion, 1984). Quizás esto pueda ser así por la mayor preocupación por la situación tanto económica como emocional en la que pueda quedar el cónyuge una vez que el individuo haya fallecido.

5.1.8 EN FUNCIÓN A LA INFANCIA VIVIDA

La siguiente variable que se ha analizado ha sido la “asistencia a funerales” en la niñez de los encuestados.

Ilustración 9: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA ASISTENCIA A FUNERALES EN LA NIÑEZ

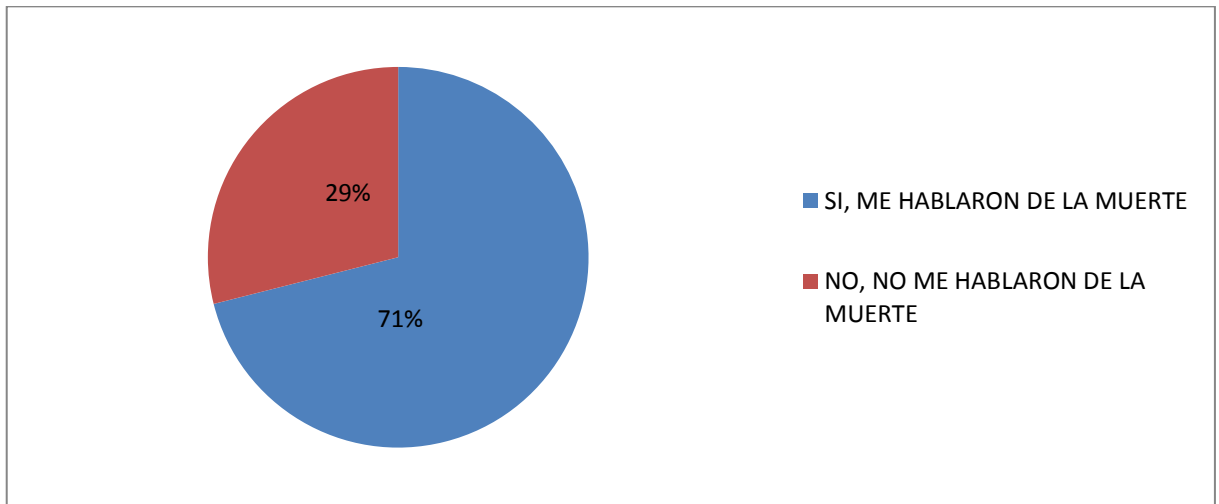


FUENTE: elaboración propia, 2013

La Ilustración 9 muestra cómo es mayor el porcentaje de individuos que no asistían a funerales respecto a los que sí lo hacían. Este es el resultado que esperaba encontrar antes de realizar el gráfico. Basándonos en la sociedad española en este caso, sin disponer de herramientas para generalizar y teniendo en cuenta que en cada región la tendencia religiosa es diferente, tal y como justifico en el marco teórico, a partir de 1920 aproximadamente, la muerte pasó a institucionalizarse. Antiguamente los moribundos morían en sus domicilios, rodeados de la familia. En la actualidad, y desde hace años, incluso los tanatorios procuran construirse fuera de las ciudades, y de manera general, se procura apartar a los infantes de este tipo de instituciones. En muchos casos esto sucede porque los progenitores consideran que no es un lugar idóneo para niños, o que ya tendrán tiempo de aprender en la vida lo que son las desgracias, puesto que la mayoría de nosotros no la asimila como una parte natural del proceso vital.

A la mayoría de los individuos en la infancia se les había hablado de la muerte (Ilustración 10). En este estudio no se ha analizado la manera de abordar con los niños el tema de la muerte, pero se considera otra línea de investigación de gran interés.

Ilustración 10: DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN A SI LES HABLARON DE LA MUERTE EN LA NIÑEZ



FUENTE: elaboración propia, 2013

En la actualidad, el contacto con la muerte no tiene nada que ver con la vivencia de hace unas décadas. La mayoría de los niños no han visto una persona enferma o grave y muchos de ellos llegan a la edad adulta sin haber vivido una pérdida. Se les aparta del dolor, la enfermedad y la muerte llevándolos a otros hogares para que no “sufran” por la pérdida del familiar. En estos momentos la mayoría de los fallecimientos se producen en hospitales o en instituciones socio sanitarias dando lugar al desplazamiento institucional de la muerte. Corr (1993) señala como los avances técnico-sanitarios, el aumento de la profesionalidad y la especialización en el cuidado de los enfermos en situación terminal, han posibilitado esta nueva realidad. Por otro lado, los cambios experimentados en la estructura familiar (disminución de la natalidad, incorporación de la mujer al mundo laboral y la nuclearización de la familia), junto al aumento de la expectativa de vida, generando un incremento del número de personas ancianas, ha originado que en las grandes ciudades de los países desarrollados, alrededor del 80% de las muertes se den fuera del hogar, en instituciones públicas o privadas (Thomas, 1991).

Con estas líneas se plantea una nueva cuestión, y es, si el realizar la misma investigación con profesionales de edades más tempranas donde sería de esperar que muchos de los individuos no hubiesen asistido a funerales y no hubiesen oído hablar de la muerte en la infancia superase al de aquellos que sí lo habían hecho.

5.2 ANÁLISIS ANALÍTICO

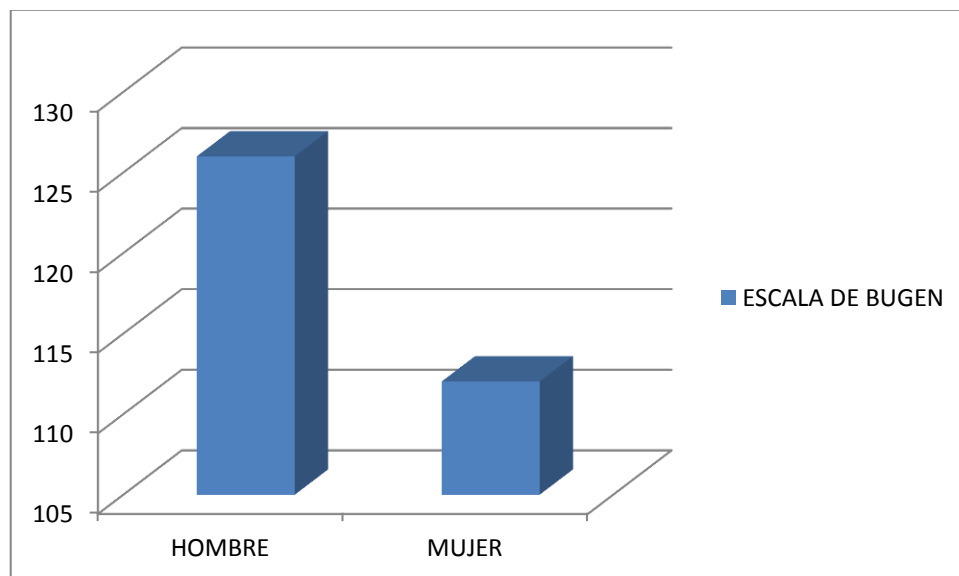
5.2.1 PRIMER OBJETIVO

Para dar respuesta al primero de los objetivos, **“Analizar la capacidad de afrontamiento ante la muerte de los profesionales del Área Básica de Salud Gavà 2”**, se analizan las siguientes variables.

5.2.1.1 EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

El primer objetivo específico marcado en la investigación consiste en analizar si existen diferencias basadas en el género. La media de los resultados de la Escala de Afrontamiento a la muerte de Bugen, en los individuos encuestados de género masculino, es de 126. En el caso de las mujeres, la media obtenida en dicho test es de 112,03. Como podemos observar existe una diferencia entre ambos resultados de 13.9, es decir, prácticamente 14. Por tanto, en el ABS Gavà 2 se dan diferencias respecto al sexo, teniendo los hombres mayor capacidad de afrontamiento a la muerte que las mujeres. En el diagrama de barras que se muestra en la Ilustración 11 podemos observar los resultados obtenidos:

Ilustración 11: RESULTADOS DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN DEL GÉNERO



FUENTE: elaboración propia, 2013

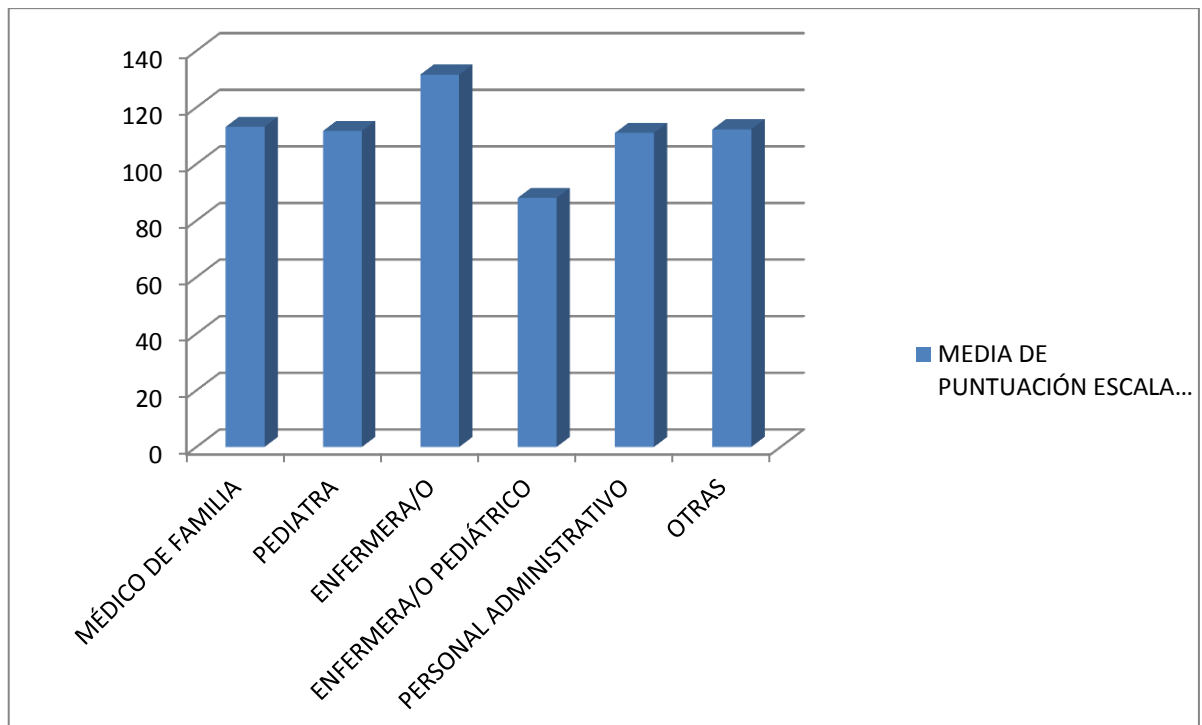
En la revisión efectuada por Pollak (1979) de los estudios realizados hasta 1977 relacionados con la ansiedad ante la muerte, se constató que la mayoría de las investigaciones concluían que las mujeres presentaban una ansiedad ante la muerte superior a la de los hombres. Los trabajos realizados posteriormente confirman esta tendencia. Existe una hipótesis que plantea, desde una perspectiva expresivo-emocional (Stillon, 1985), que las mayores puntuaciones observadas reflejan mayor facilidad de las mujeres a admitir y expresar los sentimientos de preocupación, lo que también explicaría la superior prevalencia observada de trastornos generales de ansiedad en el sexo femenino (American Psychiatric Association, 1994; Usall ,2001). Alternativamente los resultados obtenidos por Wong, Reker y Gesser (1994) sugieren que estas diferencias podrían deberse al hecho de que los hombres intentan evitar los pensamientos relacionados con la muerte con una mayor intensidad que las mujeres, actuando más defensivamente ante las ideas intrusivas sobre su mortalidad.

En los resultados obtenidos en la investigación se confirma que los hombres tienen mayor capacidad de afrontamiento a la muerte que las mujeres, algunas de las causas pueden ser las descritas por los autores. Es decir, el hecho de que las mujeres admitan y expresen los sentimientos de preocupación, hace que sus resultados en la Escala de Bugen sean inferiores.

5.2.1.2 EN FUNCIÓN DE LA PROFESIÓN QUE SE EJERCE

El segundo objetivo específico planteado para el análisis fue el de analizar las diferencias en función de la profesión ejercida

Ilustración 12: RESULTADOS DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN DE LA PROFESIÓN QUE SE EJERCE



FUENTE: elaboración propia, 2013

La Ilustración 12 muestra que los resultados obtenidos no son muy dispares. La profesión que menos afronta a la muerte según la escala utilizada, es la de enfermería pediátrica, y sin embargo los profesionales que más capacidad de afrontamiento a la muerte serían las enfermeras (de adultos), con una media de 131,6, y posteriormente los médicos de familia, con 113,12.

Es necesario que el profesional sanitario tenga una visión holística del duelo. La disciplina de enfermería es la que más sufre la atención a la muerte por dos motivos, por la consciencia de la propia muerte y las pérdidas vividas, y porque es quien más horas comparte con el paciente y su familia (Collell, 2005). Está expuesta con frecuencia a la muerte de los pacientes, y está obligada a enfrentarse a la suya propia (Peters, 2013) con la ansiedad e incomodidad que conllevan las reacciones emocionales que se deben canalizar

de forma adecuada, suponiendo un reto continuo de adaptación a la situación y permitiendo el crecimiento personal si se van superando (Collell, 2005). Podemos concluir por tanto que en el Abs Gavà 2 los profesionales de enfermería son los que mayor capacidad de afrontamiento a la muerte tienen y podría ser resultado de la explicación aportada al respecto en este mismo párrafo.

En este punto se hace referencia a la primera hipótesis planteada en esta investigación, “la profesión ejercida por el profesional influye en su afrontación a la muerte”. Ésta queda refutada puesto que, en este estudio piloto no se puede afirmar que la profesión influye en la capacidad de afrontación a la muerte, a pesar de existir diferencias, no son significativas.

La influencia de la ocupación sobre la ansiedad ante la muerte dependerá, fundamentalmente, de la naturaleza del trabajo que la persona realice. En función de que éste se relacione o no con aspectos relacionados con la muerte, como es el caso de los trabajadores sanitarios o funerarios, o bien se trate de actividades de riesgo que, de alguna manera, supongan un peligro para la integridad física o para la propia vida. El incremento que se ha producido en nuestra sociedad, del número de personas que mueren institucionalizadas en hospitales y residencias, ha dirigido el interés de muchos investigadores sobre las actitudes ante la muerte hacia los profesionales de la salud, y de forma especial, hacia médicos y enfermeras. Una de las primeras aproximaciones a esta cuestión la constituye el trabajo de Feibel, Hanson, Jones y Edwards (1967), en el que concluyen que los médicos y estudiantes de medicina presentan, en comparación a otros grupos, una alta ansiedad ante la muerte, lo que llevó a conjeturar que muchos médicos podían verse inducidos a elegir su profesión como un mecanismo de defensa ante su alto grado de ansiedad ante la muerte. Sin embargo, investigaciones posteriores no han proporcionado apoyo a estos resultados. El hecho de que los médicos, a nivel general, no parezcan presentar una ansiedad ante la muerte significativamente alta, no niega la posibilidad de que al menos algunos de los aspectos de la muerte afecten a estos profesionales e influyan en su conducta profesional.

Parte de las investigaciones sobre las actitudes ante la muerte de los profesionales sanitarios han sido dirigidas hacia el colectivo de enfermería. Este interés se justifica, como apuntan Brockopp, King y Hamilton (1991), por la posibilidad de que la constante interacción de la enfermera con el dolor, la agonía la muerte ajenas, pueda influir en su ansiedad y en sus actitudes ante la muerte, y afectar a la calidad de los cuidados que proporciona a los pacientes. Para Keith (1998), las reacciones personales ante la muerte de las enfermeras condicionan de forma muy importante las estrategias que utilizan en su trabajo. Según Price

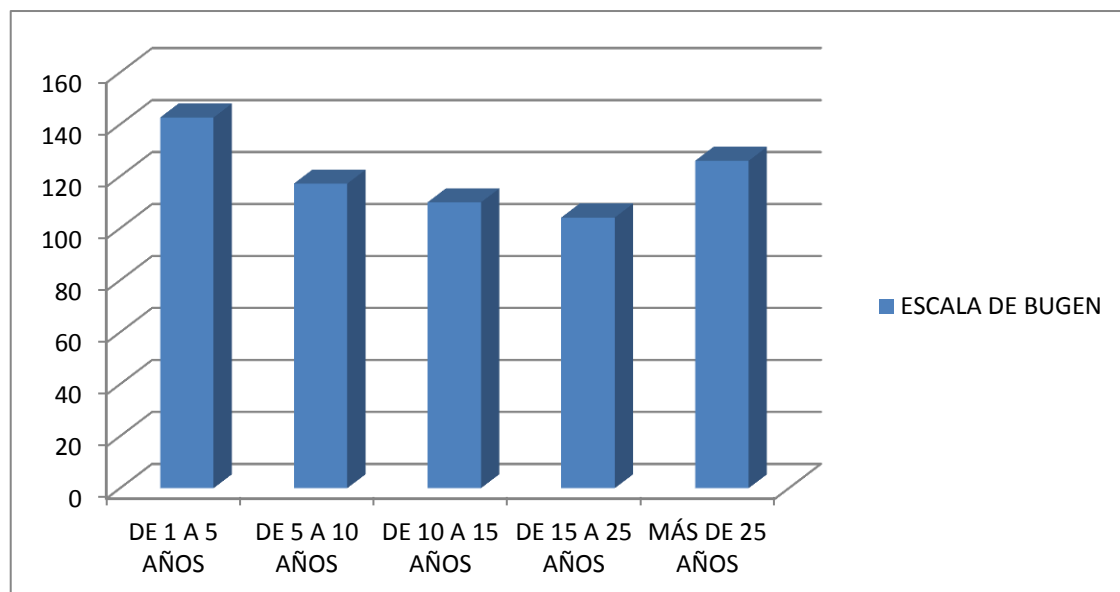
y Bergen (1977) el establecimiento de relaciones significativas con la muerte parece ser la principal causa de estrés en enfermeras de unidades coronarias, que manifiestan que la responsabilidad de controlar la enfermedad y muerte, les provoca un conflicto inconsciente entre el sentimiento de ser responsable del cuidado del paciente enfermo o agonizante y el sentimiento de sentirse responsable de su agravamiento o muerte. Fitch, Bakker y Conlon (1999) a partir de las respuestas de 249 enfermeras oncológicas, establecen que el contacto y afrontamiento de la muerte constituye uno de los aspectos más difíciles de su trabajo. En otros trabajos, como los realizados por Neimeyer, Bagley y Moore (1986) encuentran que las enfermeras no presentan una ansiedad ante la muerte significativamente distinta a la población general y que incluso pueden manifestar menos ansiedad ante aspectos concretos de la muerte. De forma más limitada la ansiedad ante la muerte también ha sido objeto de interés de los investigadores fuera de las profesiones de medicina y enfermería.

Al contrastar los resultados obtenidos con estas investigaciones, se constata que los resultados de la escala de afrontamiento a la muerte, no son significativos en función a la profesión que se ejerce.

5.2.1.3 EN FUNCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

Como tercer objetivo específico para abordar éste análisis, se plantea analizar la influencia de la experiencia profesional en la capacidad de afrontamiento a la muerte. La Ilustración 13 muestra los resultados obtenidos:

Ilustración 13: RESULTADOS DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL



FUENTE: elaboración propia, 2013

En la Ilustración 13 se observa cómo a menor experiencia profesional mayor capacidad de afrontamiento ante la muerte, excepto en los profesionales con más años de experiencia laboral, que obtienen una media de 126 en la escala de afrontamiento a la muerte de Bugen, siendo de 142,67 el de aquellos que mayor capacidad poseen, es decir, los que se encuentran entre 1 y 5 años de experiencia. En este punto podemos refutar, en el caso de este estudio piloto, la segunda hipótesis planteada, puesto que no podemos comprobar la influencia de los años de experiencia en la capacidad de afrontamiento a la muerte.

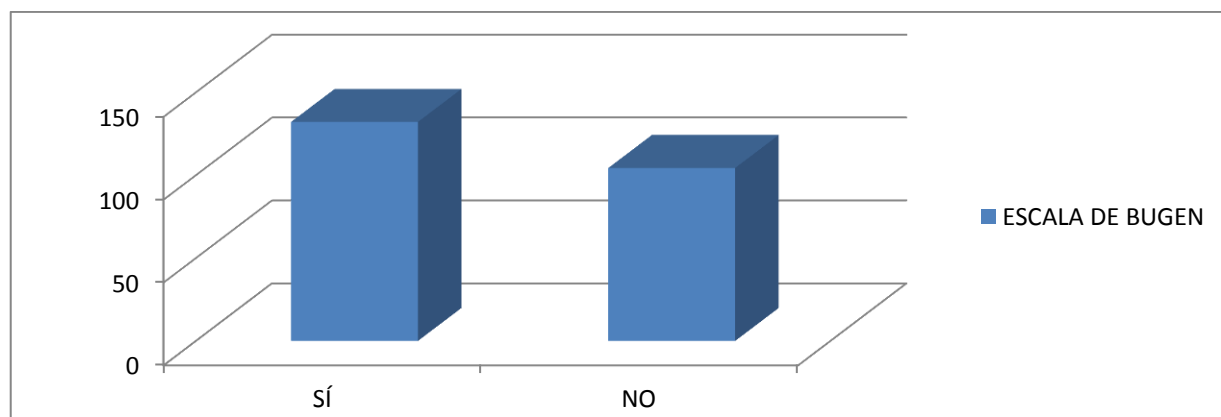
5.2.2 SEGUNDO OBJETIVO

Como segundo objetivo general se planteó **analizar las influencias existentes entre la afrontación ante la muerte de los profesionales del Área básica Gavà 2 y su atención respecto al enfermo y su familia.**

5.2.2.1 EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

En este apartado se pretende analizar la influencia en la afrontación a la muerte de la formación en cuidados paliativos. Los resultados obtenidos en este caso son los que se muestran en el siguiente gráfico:

Ilustración 14: RESULTADOS DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A TENER O NO FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS



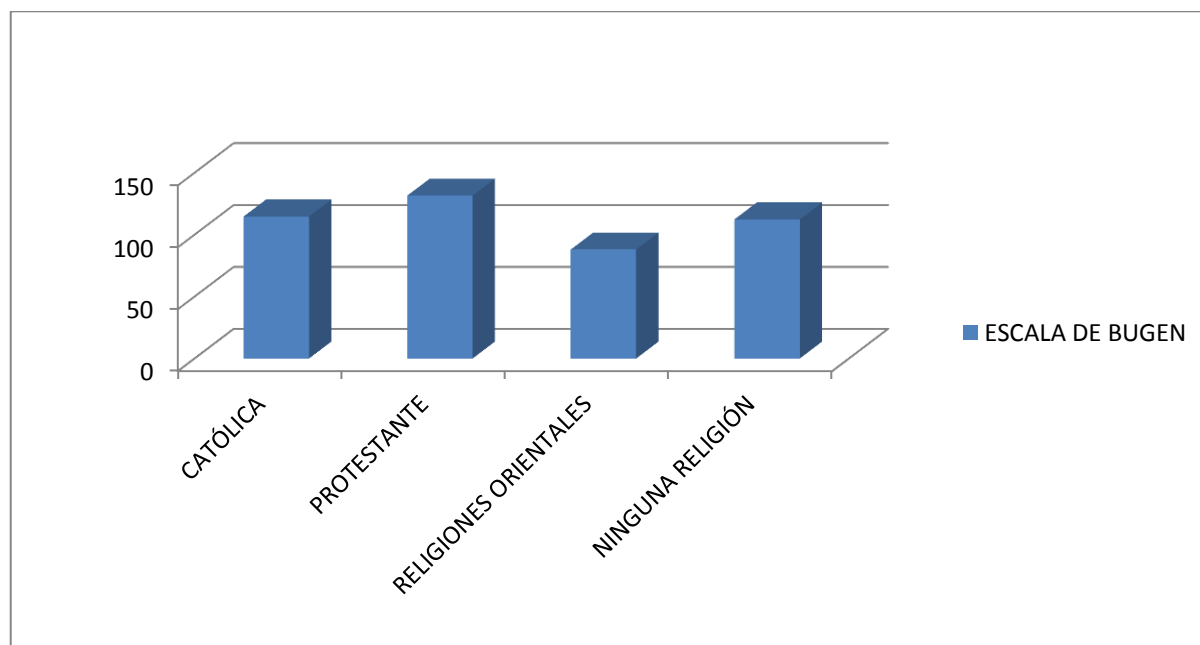
FUENTE: elaboración propia, 2013

En la Ilustración 14 se observa cómo los profesionales que tienen formación en cuidados paliativos, tienen también mayor capacidad de afrontamiento a la muerte según la escala utilizada. Con estos resultados se comprueba la tercera hipótesis planteada en la investigación.

5.2.2.2 EN FUNCIÓN DE LA RELIGION

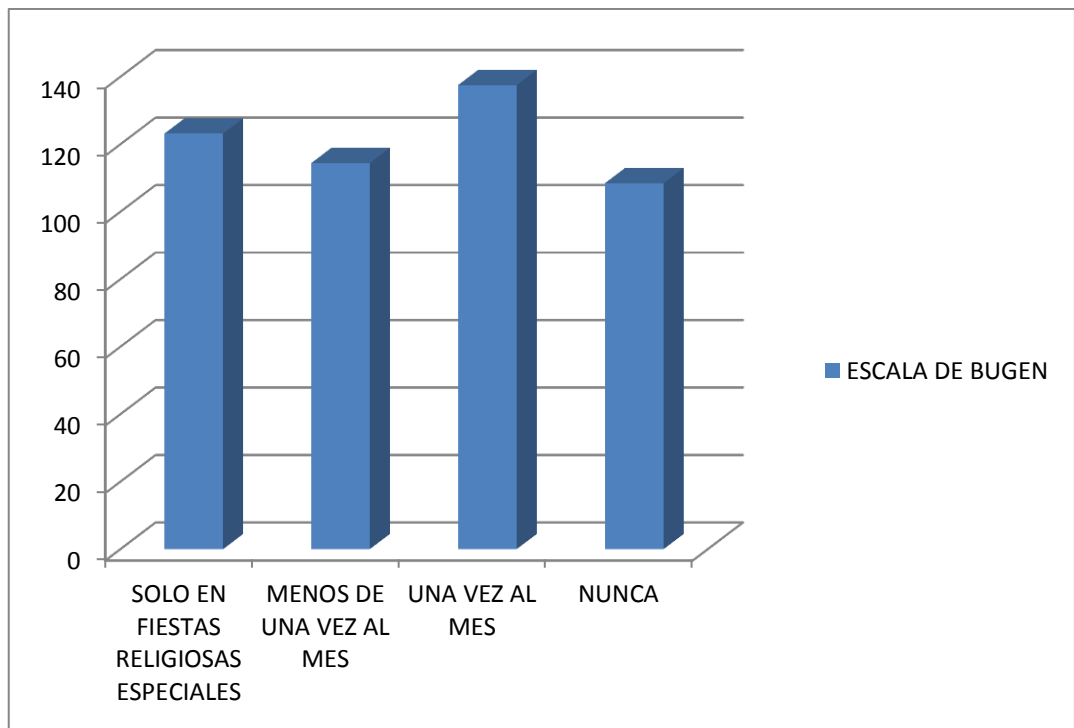
El segundo objetivo específico es el de analizar la influencia de la religión en la afrontación ante la muerte de los profesionales. La media de afrontamiento a la muerte de las personas que creen en alguna religión oriental, resulta ser de 88 (una de las personas encuestadas seguía este tipo de religión). Los individuos que siguen el culto protestante, son los que mayor media han obtenido en la Escala de Bugen, con 131,5. Es decir la diferencia entre los resultados en la escala de Bugen de las personas que siguen una religión oriental y aquellas que son protestantes, es de 43,5. El siguiente grupo que adquiere una media más elevada en esta escala, posterior a los protestantes, es el católico, con 114,68. La última hipótesis planteada en la metodología era: “a mayor práctica religiosa por parte del profesional, mayor afrontamiento ante la muerte”. Esta hipótesis queda comprobada en el caso de la religión protestante y católica, puesto que las medias de afrontación a la muerte son superiores a la que obtienen aquellos que no siguen ningún tipo de religión. Sin embargo queda refutada en el caso de las religiones orientales, puesto que el resultado de afrontación a la muerte de los individuos que siguen este tipo de religión es inferior al que obtienen aquellos que podemos denominar ateos.

Ilustración 15: RESULTADOS DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A LA RELIGIÓN



FUENTE: elaboración propia, 2013

Ilustración 16: RESULTADOS DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A LA PARTICIPACIÓN EN RITOS RELIGIOSOS



FUENTE: elaboración propia, 2013

La revisión de la literatura hace referencia a las relaciones entre espiritualidad y salud y se confirma que la espiritualidad suele ser un factor protector. Debemos tener en cuenta que el dolor espiritual no puede curarse con analgésicos. Los profesionales de la salud no pueden encontrar respuesta a las preguntas existenciales del paciente, pero pueden darle confort acompañándole en la exploración de preguntas, facilitando el diálogo, derivándolo a servicios. La atención espiritual debería incluir al paciente y a los cuidadores familiares. Se plantea en este punto del estudio piloto una nueva cuestión de posible análisis en futuras investigaciones, la relación existente entre la religión ejercida por parte del profesional (si es que cree en alguna) y su capacidad de entendimiento espiritual con el paciente.

Se confirma que aquellas personas que asisten con mayor intensidad a ritos religiosos, más de una vez al mes, son los que mayor capacidad de afrontamiento a la muerte tienen (137,5), y sin embargo, los que no van nunca, son los que disponen de menor capacidad (108,45). Por tanto, la cuarta hipótesis queda comprobada, puesto que a mayor práctica religiosa por parte del profesional, mayor capacidad de afrontamiento.

Los aspectos religiosos constituyen una de las variables de estudio más habituales con relación a la ansiedad ante la muerte. Algunos teóricos y teólogos sugieren que esperar

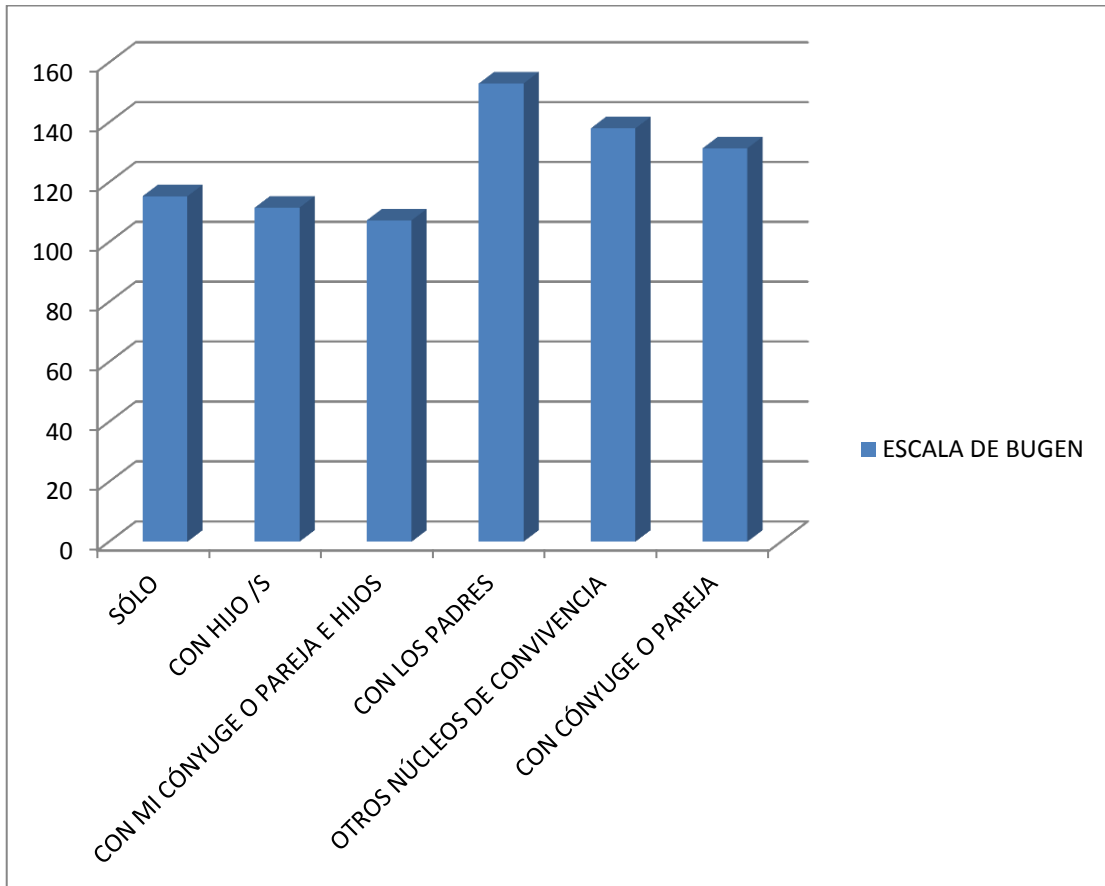
otra vida después de la muerte es lo único que hace manejable el miedo ante ésta, es decir, la creencia religiosa reduciría el miedo a la muerte en aquellas personas que esperan obtener la vida eterna. Las creencias religiosas parecen ser la respuesta humana a la angustia provocada por la idea de la total desaparición, puesto que ofrecen una garantía de trascendencia. Todas las religiones han subrayado el fenómeno de la muerte humana como un hecho natural iniciador de otra existencia, de manera que la muerte orgánica no constituye sino la transición a la vida eterna (Poveda de Agustín, 1992). A menudo se ha considerado que la religiosidad indicaría una necesidad de protección contra el miedo a la muerte (Lester, 1972). Sin embargo, no acaba de quedar claro si las personas particularmente religiosas presentan inicialmente una alta ansiedad ante la muerte, que intensifica su religiosidad, o baja, como resultado de su fe (Kastenbaun y Costa). Templer, en 1972 encuentra que las personas que asistían a ceremonias religiosas con mayor frecuencia, que creían en la vida después de la muerte y opinaban que la Biblia debe interpretarse literalmente, presentaban una menor ansiedad ante la muerte. Otros estudios muestran una relación curvilínea entre ansiedad ante la muerte y religiosidad, donde los sujetos con un nivel medio de religiosidad presentaban las puntuaciones más altas de ansiedad ante la muerte (Nelson y Cantrell, Slezak, 1980; McMordie, 1981).

Quienes encuentran que a mayor nivel de religiosidad existe una menor ansiedad ante la muerte (Jeffers, Nichols y Eisdorfer, 1961; Wolff, 1970) consideran que esto es debido al apoyo emocional y a que las creencias ayudan a afrontar el miedo. Resulta de importancia destacar que aquellas personas que pertenecen a una comunidad, reciben mayor apoyo, sobre todo, al llegar a la tercera edad.

5.2.2.3 EN FUNCIÓN AL NÚCLEO DE CONVIVENCIA

. Los resultados de la Ilustración 17 muestran como aquellos individuos que residen con sus padres son los que mayor capacidad de afrontamiento a la muerte tienen, con una media de 153 en la escala. Sin embargo, las personas que residen con su cónyuge o pareja e hijos, son los que menor capacidad de afrontamiento tienen, con un resultado de 107,25.

Ilustración 17: ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN AL NÚCLEO DE CONVIVENCIA



FUENTE: elaboración propia, 2013

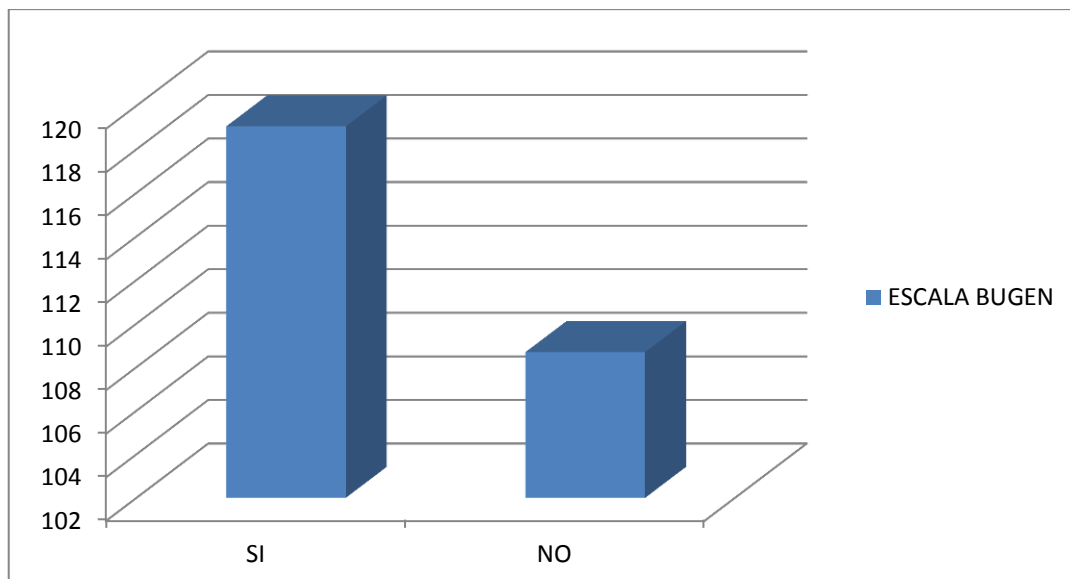
La familia debe prepararse para no dejar solo al paciente con su sufrimiento, y hacer que su atención vaya encaminada a aumentar la calidad de vida y la muerte del paciente. Deben mostrar apoyo constante hacia éste, hacer que se satisfagan sus necesidades tanto físicas como psicológicas, ayudarle a resolver asuntos pendientes, tanto espirituales como materiales. El paciente debe tener la posibilidad de vivir plenamente y con lucidez la última etapa de su vida, si es lo que desea, y esto lo va a lograr en dependencia del sentido que le haya dado a ella. Considerando que los familiares que residen en el mismo domicilio son aquellos que prestarán soporte diario al paciente que lo requiere, cuando el individuo convive con sus progenitores su capacidad de afrontamiento es mayor que aquellos que

residen con su cónyuge y descendencia. Quedaría abierta aquí otra cuestión y es si el hecho de convivir con descendientes genera en el individuo mayores miedos y una peor capacidad de afrontamiento a la muerte.

5.2.2.4 EN FUNCIÓN A LA INFANCIA VIVIDA

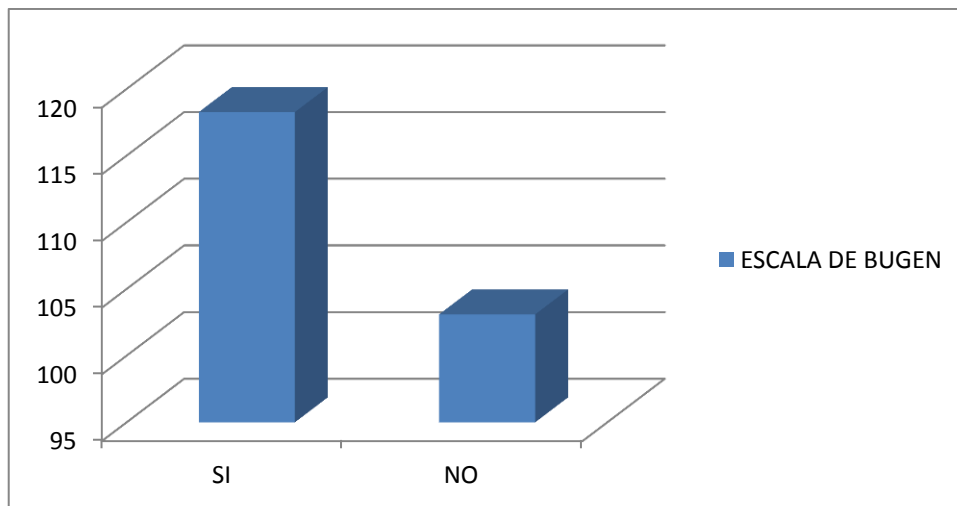
Con la finalidad de analizar la asistencia a funerales o no en la niñez y en función de si se les ha hablado o no de la muerte en la infancia se han diseñado las Ilustraciones 18 y la 19. En estos gráficos se observa como aquellas personas que en la niñez han asistido a funerales y aquellas a las que se les ha hablado del tema de la muerte, ahora, en sus edades más adultas, tienen mayor capacidad de afrontamiento a la muerte que aquellos con los que no se hablaban estos temas

Ilustración 18: RESULTADOS ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A LA ASISTENCIA A FUNERALES EN LA NIÑEZ



FUENTE: elaboración propia, 2013

Ilustración 19: RESULTADOS ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A SI SE LE HA HABLADO O NO DE LA MUERTE EN LA INFANCIA



FUENTE: elaboración propia, 2013

Un tema a trabajar en el asesoramiento a la familia que sufre la pérdida de un ser querido es la participación de los hijos menores y de los nietos en rituales y prácticas religiosas espirituales. En esto puede haber consenso o disenso dentro de la familia, así como puede haber casos en los que algún integrante de la familia desista de participar en rituales religiosos y ser mal visto por los demás miembros, debido a que no comparte las creencias del grupo familiar o bien por tener creencias diferentes, que no coinciden con las de la familia de origen. Las creencias espirituales o religiosas de cada miembro, pueden coincidir o no con la religión y la tradición familiar y con los valores del marco cultural del que ésta proviene.

Los procesos, fases, tareas y estrategias de afrontamiento por las que pasa el niño son prácticamente iguales en el caso de duelo por muerte y el duelo por separación o divorcio. La gran diferencia es que en el duelo por muerte el niño va comprendiendo la irreversibilidad de la muerte, pero en el caso del duelo por separación, el hijo albergará durante mucho tiempo la fantasía del regreso.

En el caso del duelo por muerte el afrontamiento del niño dependerá de factores como la edad, el coeficiente intelectual, los patrones culturales y los estilos educativos de los padres. Para llegar a la aceptación hay que pasar por la comprensión de la realidad y los niños, hasta los ocho o nueve años no comprenden el concepto de la muerte. Para entenderlo es necesario tener la capacidad cognitiva suficiente para interpretar conceptos como universalidad (todos los seres vivos mueren), la irreversibilidad (la muerte es definitiva) y pérdida de funciones vitales.

Una vez que el niño comprende estos conceptos puede tener, lo que se denomina *primera crisis existencial*, al entender que tanto él, como sus padres pueden morir. La comprensión de la pérdida depende de aspectos tales como la edad, la cultura, la educación, la sociedad y la religión.

Para el niño, la muerte de un familiar directo (padre/ madre) es el estresor de mayor impacto en su desarrollo, que lleva implícito riesgos de desarrollar patologías. Sin embargo, unos no desarrollan los efectos negativos de esta pérdida tan significativa, otros sí, siendo necesario una ayuda especializada. Numerosos estudios de la década de los noventa concluyeron que niños menores de 7 años tenían más efectos negativos a largo plazo que los más mayores, por la inmadurez emocional y cognitiva, la pérdida del apego y por ser tratados de manera diferente a los niños más mayores.

Aunque no se puede generalizar, las investigaciones determinan que los niños tienen más tendencia a actuar con agresividad y más problemas externalizados (problemas de conducta), que las niñas, que presentan más riesgos de tener problemas internalizados, es decir, muestran más tristeza y aflicción.

Los niños que viven con un padre o madre con fuertes síntomas de abatimiento tras la muerte del otro cónyuge tienen más riesgo de desarrollar problemas en su proceso de elaboración del duelo, de tal manera que no es solo la muerte de un progenitor lo que altera al niño, sino que hay otras circunstancias que impactan e inciden en el desarrollo normal del duelo infantil.

Tanto en los duelos por muerte, como en los duelos por separación, las principales estrategias de afrontamiento son:

- Si se está ante un duelo anticipado, hay que ir preparando al niño para cuando llegue el desenlace.
- En la fase de desenlace, bien por muerte o salida del hogar de un progenitor, compartir con el niño la realidad de la pérdida, de manera clara, sencilla y natural según la capacidad y el momento evolutivo del niño, con extrema delicadeza, con autenticidad, dándole mucha seguridad y mostrando mucha cercanía.
- Hablar de la realidad de la muerte o de la separación, pero de manera global. No hay que entrar en detalles macabros y dolorosos.
- Si el niño pregunta por los detalles, responderle con delicadeza y dando importancia a la pérdida, no al detalle.

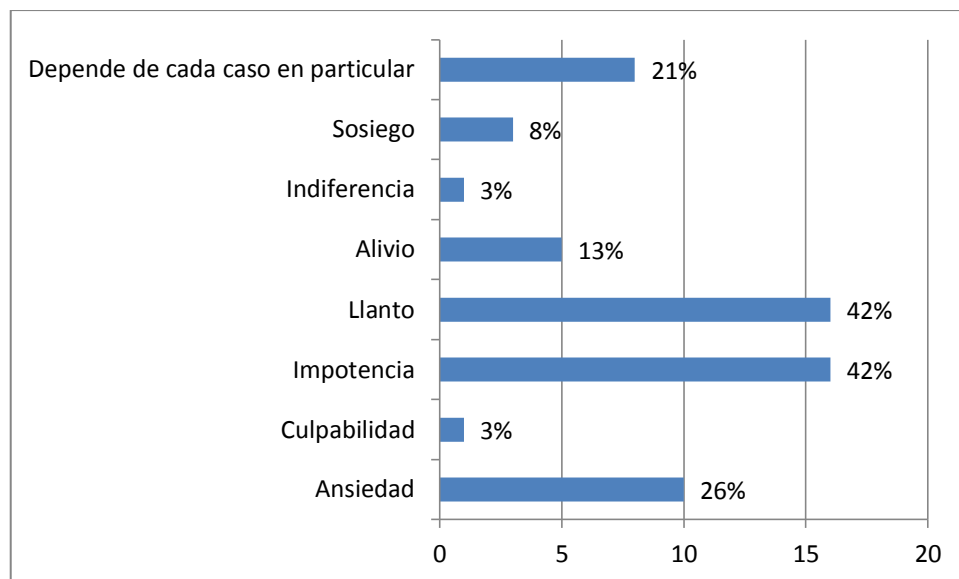
- En todo momento hacerle ver que estamos con él, que le queremos, que entendemos su dolor.

- Dar al niño la oportunidad de decir y expresar lo que siente, validando sus sentimientos y animándole a que se manifieste emocionalmente con libertad.

5.2.2.5 RESPUESTA EMOCIONAL ANTE LA MUERTE

Otra variable que se considera de interés analizar es la respuesta emocional ante la muerte de los profesionales. Para ello se ha realizado la Ilustración 20.

Ilustración 20: RESPUESTA EMOCIONAL ANTE LA MUERTE



FUENTE: elaboración propia, 2013

En algunas de las entrevistas ofrecidas por Alba Payás, y tal y como se hace referencia en el marco teórico expuesto en ésta investigación, el duelo es un problema sumergido porque no es detectado ni tratado de forma adecuada desde atención primaria y esto genera muchos costes en consumo de medicación. La persona con duelo tiene un consumo elevado de recursos sanitarios, más bajas laborales y otras repercusiones.

Las reacciones de los profesionales ante el duelo más comunes en la investigación realizada son el llanto y la impotencia. El sosiego o el alivio, sentimientos que podrían desvelar una tranquilidad al final de la vida, aparecen poco representados. Para Payás situarse ante la muerte de otro se trata de una vivencia que nos genera ansiedad, en el

estudio realizado el 26% de los individuos sienten esta emoción. Además este tipo de muerte genera cambios en las estructuras de las familias, su forma de organización, en los amigos... Y es ante esta ansiedad por la que se traslada al enfermo al hospital, para no afrontar la convivencia con el (Martin, 2003).

El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella, así puede percibirse como un fenómeno muy estresante, como un reto, como una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio, etc. En función de esto el paciente adopta su rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de éste, son aspectos psicológicos importantes para la adaptación y ajuste de la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento.

Para Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto como los pensamientos o imágenes relacionados con la muerte propia o la de un ser querido. La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. Ambos términos, el miedo y la ansiedad, en ocasiones se utilizan indistintamente tanto en el lenguaje común como en el científico (Feifel y Nagi, 1981) Para Dobler (1974), la ansiedad es un estado emocional negativo que carece de objetivo específico, sería como tener miedo a algo sin saber que es ese algo, mientras el miedo es lo que experimentamos cuando podemos localizar la fuente de nuestras preocupaciones. Es decir, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc. (Limonero, 1994). Para Kastenbaum y Aisenberg (1972), el hecho de no saber el cómo, el cuándo, el dónde y el porqué de la muerte de una persona, o simplemente preguntarse qué hay después de la muerte, genera ansiedad.

Se han estudiado diversas psicopatologías relacionadas con determinadas actitudes ante la muerte, sobre todo vinculadas con la ansiedad y la angustia. Así, la propia percepción de la muerte y el miedo que esta produce, genera, en el plano cognitivo y comportamental, diversos mecanismos de evitación frente al miedo (Douglas, 2004; Klass, 1995; Marro ne, 1999). Además, no siempre es posible, para todos los sujetos, evitar este miedo y algunas personas pueden desarrollar diversas psicopatologías derivadas del enfrentamiento doloroso de una pérdida o de la reflexión sobre la propia idea de la muerte (Swanson y Byrd, 1998).

6. CONCLUSIONES

Para la mayoría de las personas la muerte no resulta un tema fascinante y son pocos los jóvenes que entran en este campo como investigadores sobre el tema (Laster y Templer, 1992). Además las intervenciones realizadas sobre el estado de malestar o de ansiedad ante ésta no suele conducir a resultados espectaculares. Es evidente que ninguna intervención puede cambiar el hecho de que la muerte llegará un día u otro, pero se puede reducir su poder ansiógeno sobre todo en el personal sanitario que ha de atender a personas en estado crítico o en el final de su vida.

Tras la realización de este estudio piloto, se realiza una síntesis de los resultados obtenidos con la finalidad de poder clarificar las conclusiones a las que se ha llegado:

- Respecto a la capacidad de afrontamiento a la muerte de los profesionales, destacar que en el caso de los hombres (126), es mayor esta capacidad que en el de las mujeres (112,03).
- Las enfermeras (de adultos) son los profesionales con mayor capacidad de afrontamiento a la muerte, con una media de 131,6 y posteriormente los médicos de familia con 113,12. Los resultados obtenidos por otro tipo de profesiones (112,25) muestran una mayor capacidad de afrontación que el que presentan los pediatras y el personal administrativo (resultados prácticamente iguales, siendo, en el caso de los primeros 111,67 y en el caso del personal administrativo 111). Los individuos que menos capacidad de afrontamiento a la muerte tienen son los profesionales de enfermería pediátrica (con un resultado de 88).
- Respecto a la influencia de los años de experiencia en la capacidad de afrontamiento a la muerte, no se han encontrado resultados que muestren una tendencia clara. Así las personas que mayor capacidad de afrontamiento a la muerte manifiestan son aquellas que menos experiencia tienen, entre 1 y 5 años, con una media de 142,67. Posteriormente estarían los individuos con mayor experiencia, más de 25 años, con un resultado de 126. De manera sucesiva encontramos que a medida que los años de experiencia aumentan, baja la media de capacidad de afrontamiento a la muerte. Así en el caso de individuos con 5-10 años de experiencia , el resultado es de 117,2 y en el caso de los de 10-15 años de experiencia, el resultado es 110, y en el caso de los de 15-25 años, el resultado es de 104, 17.
- La formación en paliativos influye en la capacidad de afrontamiento a la muerte, siendo superior dicha capacidad en aquellos individuos que tienen formación en el ámbito.

- Aquellos individuos que asisten con mayor frecuencia a ritos religiosos disponen también de mayor capacidad de afrontamiento a la muerte.
- Respecto al núcleo de convivencia, aquellos individuos que residen con sus padres, son los que mayor capacidad de afrontamiento ante la muerte tienen, con una media de 153. Sin embargo, las personas que residen con su cónyuge o pareja e hijos, son los que menor capacidad de afrontamiento tienen, con un resultado de 107,25
- El hecho de haber asistido a funerales en la infancia, y que el tema de la muerte haya sido explicado a individuos de edades tempranas, hace que en edades maduras tengan mayor capacidad de afrontación.

La educación sobre la muerte y la formación en cuidados paliativos han puesto de manifiesto su eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad ante ésta, en lograr una actitud más positiva hacia los ancianos y los enfermos terminales y en mejorar la eficiencia en el trato con el enfermo y su familia (Burney-Banfield, 1994). Factores como el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y la progresiva institucionalización de la muerte han propiciado el desarrollo de nuevas perspectivas en el cuidado de las personas en fase terminal de la vida. Los cuidados paliativos están demandando formación rigurosa y sistemática para los profesionales sobre los temas relacionados con la muerte, no solo para poder proporcionar una ayuda eficaz a las personas a las que dispensan sus cuidados, también desde la perspectiva del afrontamiento y manejo de sus propios miedos y ansiedades ante el contacto cotidiano con estímulos relacionados con la mortalidad.

La temática de la muerte no es del agrado de la mayoría de los profesionales, siendo vista como un momento al que se llega pero del que no es conveniente hablar. Algunos profesionales sanitarios tienen una formación más adecuada, que les ayuda a manejarse de forma eficaz, permitiendo el trato con los familiares del fallecido con el que se produce un mejor afrontamiento a la pérdida del ser querido.

La muerte es un acto que crea conflictos en los familiares del difunto, el personal sanitario es quien se ve envuelto en dicho proceso, de esta forma, se adquiere experiencia que en ocasiones hace que aumente la evitación hacia la misma por la dificultad que supone el manejo de esa vivencia.

Debido a que se trata de una separación, cada individuo responde de una manera. Aquí es donde se encuentra la dificultad de integrar la idea de la muerte como una acción más de la vida que además puede tener repercusiones en las conductas de la persona. Dar una solución a los problemas que para el moribundo son importantes (familiares, religiosos,

económicos....) puede suponer un aumento notable en la calidad de la muerte. El miedo a la muerte, producirá un aumento del nivel de ansiedad que no se puede determinar con los datos que disponemos. En esta dimensión influirá el apoyo de la familia y de las personas que han sido importantes. No dejar cosas pendientes facilita el trámite hacia la muerte.

En general la muerte se concibe como un estímulo contra la propia supervivencia que genera temor. También produce ansiedad y preocupación, que son disposiciones que llevan a la persona a tener conductas como la evitación a la muerte, aceptar la muerte como parte integral de la vida, aceptación de acercamiento por medio de la cual se concibe la creencia en una vida feliz después de la muerte, y ver la muerte como alternativa frente a una vida dolorosa (Gala, 2002).

A lo largo de las últimas décadas, han existido varios acercamientos en el estudio de actitudes ante la muerte, donde se han utilizado técnicas proyectivas, cuestionarios, entrevistas, estudio de diarios, etc. Entre las dificultades que se han encontrado en la medición de las actitudes hacia la muerte, se destaca el gran número de variables que inciden en la configuración de las mismas. Por eso, hasta el momento no se ha logrado operativizar un modelo o fórmula válida a nivel universal que consiga unificar e integrar los aspectos teóricos de la psicología de la muerte. Desde otra perspectiva el miedo a la muerte depende de distintas variables. El nivel de auto eficacia personal, de espiritualidad y eficacia instrumental, es el mejor predictor personal del nivel de miedo hacia la muerte, incluso mejor que otras variables de índole socio-demográfica, de percepción de ayuda social o del estado físico de salud (Carelli, 1998; Fry, 2000; Fry, 2003).

Algunos estudios muestran diferencias entre países y culturas con respecto a la ansiedad ante la muerte. Así por ejemplo, se observan mayores niveles de ansiedad frente a la muerte en países árabes que en España (Abdel-Khalek, 2003). Las mujeres, a su vez, presentan significativamente mayores niveles de ansiedad ante la muerte que los hombres (Harding, Flannelly, Weaver y Costa, 2005). La creencia en la existencia de Dios y la creencia en la vida después de la muerte también muestran correlaciones negativas con la ansiedad ante la muerte y, por el contrario, correlaciones positivas con la aceptación de la muerte (Harding *et al.*, 2005). Por último, la aceptación de la muerte está directamente influenciada por la motivación intrínseca hacia la religión e indirectamente por otras variables personales y sociales (Tomer y Eliason, 2005).

Las actitudes que genera la muerte son muy heterogéneas y, como se observa, dependen de múltiples factores influyentes, muchos de los cuales todavía están poco estudiados. No obstante, el interés creciente que en los últimos años se le ha prestado a

este tema, sin duda alguna ayudará a diseñar modelos de trabajo que posibiliten un mejor conocimiento y manejo de éstas.

Resultaría interesante poder realizar esta investigación de manera amplia, seleccionando una muestra que pudiera ser representativa de la población y así poder extrapolar los resultados, poder generalizar. Además, en varios puntos de la investigación se han ido destacando varias líneas abiertas que pueden ser exploradas en el futuro. Sería interesante ahondar en las diferencias de la afrontación a la muerte respecto al sexo, y comprobar si realmente existen diferencias significativas. También sería de gran interés el poder descubrir qué tipo de formación paliativa sería adecuado realizar de manera común a todos los miembros que trabajan en un área básica de salud, y cuales son de tipo específico para cada una de las profesiones. El tema religioso es muy amplio, en el estudio piloto se ha pretendido dar respuesta a factores como la influencia de la religión en la capacidad de afrontación a la muerte y la asistencia a ritos religiosos. Pero habría muchos otros factores a investigar relacionados con la religión: si el hecho de que el profesional siga una religión influye en su capacidad de atención al paciente, si el hecho de seguir una religión distinta al paciente puede dificultar la atención que le ofrece, o también se podría analizar cuál es la religión ejercida por parte de los profesionales que resulta más satisfactoria para el trato del paciente.

Los resultados obtenidos en el estudio piloto, permiten destacar la importancia de que el personal de los centros sanitarios sea capaz de vivir el concepto muerte con naturalidad. Debido a su profesión están en contacto permanente con pacientes, muchos de ellos con problemáticas graves de salud. El hecho de que puedan aceptar la muerte como una parte más de la vida, hace que su trato y empatía al “otro” sea mayor. Está claro que se trata de un tema que se tiende a evitar, pero en el contexto de un centro de salud no se puede marginar su significado, ni intentar evitarla, puesto que sino el desarrollo laboral sería una constante evitación de un hecho que sucede a diario.

El planteamiento de líneas de investigación rigurosas sobre las actitudes humanas ante la muerte contribuirá a profundizar en la comprensión de los factores implicados y al desarrollo de intervenciones formativas o modificadoras, en especial en aquellas personas que han de afrontar como parte de su trabajo, el sufrimiento, el dolor y la muerte de los demás. A pesar de las dificultades prácticas y éticas a las que conllevan las situaciones terminales, es necesario profundizar en las manifestaciones emocionales de las personas que han de afrontar su propia muerte, de manera que este conocimiento se traducirá en una mejor atención y mayor bienestar y en definitiva, que ayude a lograr una muerte digna y en paz.

Cualquier persona, pero en especial los profesionales sanitarios, deben tener la capacidad para dar respuesta a sus pacientes a cualquier tipo de pregunta relacionada con este tema, puesto que significaría que la muerte se acepta como parte del proceso natural de la vida. Al mismo tiempo han de saber manejarse de manera correcta con los familiares de éste. Han de intentar aportar calma al otro, puesto que es algo que normalmente no tienen.

7. BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES

- F.J.Gala León, M. Lupiani Jiménez, R. Raja Hernández, C. Guillén Gestoso, J.M.González Infante, M^a. C. Villaverde Gutiérrez, I.Alba Sánchez. 30.10.2002. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de medicina forense, volumen 30.
- Ruíz-Benítez de Lugo, M.A, Coca, M. C (2008). El Pacto del Silencio en los Familiares de los Pacientes Oncológicos Terminados. Psicooncología, volumen 5, 53-69.
- A Payás Puigarnau, L. Barbero Gutiérrez, R. Bayés Sopena, E. Benito Oliver, R.M.Giró Paris, L. Maté Méndez, R. Rodeles del Pozo, C.M.Tomás Bravo. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? Medicina paliativa, volumen 15, 225-237
- R. Queralt (3.3.2011) Entrevista a Alba Payás Puigarnau. <http://www.lavanguardia.es/vida>
- Martín Alfonso, L (jul-sep 2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Revista cubana de salud pública, volumen 29,
- Fabiana Siracusa, C. (2010). Educación para la muerte: Estudio sobre la construcción del concepto de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el ámbito escolar. Propuesta de un programa de intervención. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Schmidt Rio-Valle, J. (2007). Validación de la “Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte” y del “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte”: Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. Universidad de Granada.
- Universidad Internacional de La Rioja. (2013). Técnicas de Investigación Social I. Material no publicado
- Universidad Internacional de La Rioja (2013). Técnicas de Investigación Social II. Material no publicado
- Universidad Internacional de La Rioja (2013). Fundamentos para el Análisis de Datos. Material no publicado
- Sierra Bravo,R.(2003). Técnicas de investigación social, teoría y ejercicios. Madrid:Thomson
- Cea D’Ancona, M^aA. (2009). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis.
- Roy, D.J (1998), N. Ethical issues in Palliative care. Oxford Medical Publications,

- Centeno, C. Cuidados Paliativos, Nuevas perspectivas y práctica en Europa. *NUESTRO TIEMPO*, diciembre 2006, 34-41. Recuperado de http://www.eapc-taskforce-development.eu/documents/taskforce/cuidados-paliativos-nt_8-1.pdf
- Uribe, A., Valderrama, L., Durán, D., Galeano, C., Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta colombiana de psicología*, 11 (1), 119-126. Recuperado de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_3212_v11n1-art11.pdf
- Yoffe, L., El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate* 3. *Psicología cultural y sociedad* 127-158. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2009.pdf>
- Santamaría Repiso C. Afrontamiento de pérdida: duelo/divorcio. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 433-9. 433

8. ANEXOS

ANEXO 1:

CARÁTULA DE PRESENTACIÓN A LOS TEST

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO A LA MUERTE DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA BÁSICA DE SALUD DE GAVÀ2

Los cuestionarios expuestos a continuación forman parte de la investigación para el Máster de Intervención Social que se realiza en la Universidad Internacional de La Rioja y que lleva por título “Capacidad de afrontamiento a la muerte de los profesionales del área básica de salud de Gavà 2”

Se administra a todos los profesionales que trabajan el Área Básica de Salud de Gavà 2

Necesitamos que conteste atentamente con sinceridad y rigor todas las preguntas ya que nos ayudará a dar respuesta a los objetivos que nos planteamos. Con el fin de garantizar el carácter confidencial de la información suministrada, las respuestas dadas a cada cuestionario por un mismo participante serán codificadas numéricamente para su tratamiento estadístico y en ningún caso figurará la identidad de los/las participantes. Los datos obtenidos de sus respuestas serán usados únicamente con fines de investigación y exclusivamente tendrá acceso a ellos el equipo de investigación.

ANEXO 2

ENCUESTA PARA PROFESIONALES SOBRE EL FENÓMENO DE LA MUERTE

1. Recuerda si en su niñez asistía a funerales, cementerios, tanatorios, etc.
Sí No
2. ¿Alguna persona de su entorno le habló en su infancia de la muerte?
Sí No
3. (Sólo para aquellos que hayan respondido SÍ en la pregunta 3) Tenía esta persona/s de su entorno algún tipo de parentesco con usted o se trataba de una relación de amistad (especifique):
4. ¿Cuál es su núcleo de convivencia actual?

Vivo sola/o	Vivo solo/a con mi hijo/s
Vivo con mi cónyuge o pareja e hijos (de ambas partes y comunes)	Vivo con mis padres
Vivo con otros familiares	Otros núcleos de convivencia

5. ¿Cuál es su respuesta emocional frente a la muerte? (marcar las opciones que se considere)

Risa	Ansiedad	Irritabilidad
Sosiego	Culpabilidad	Indiferencia
Impotencia	Cólera	Llanto
Alivio	Tranquilidad	Depresión
Otros (especifique):		

6. ¿Quién considera usted que debería ser la persona o las personas más adecuadas para contestar a las preguntas respecto a su propia muerte de los pacientes que acuden a cualquiera de las Áreas Básicas de Salud de Gavà? (marcar sólo una opción)

Médico de familia	Pediatra
Enfermera/o	Enfermera/o pediátrico
Odontóloga/o	Personal administrativo
Cónyuge o pareja del paciente	Familiares del paciente de primer grado (padres, madres, hijos, hijas)
Otros familiares	Otros (especifique):

7. Cuando algún paciente que acude a su Área Básica de Salud le explica alguna experiencia relacionada con la muerte, debido a su relación sanitaria o simplemente a una relación de “amistad” , usted:

- Habla con naturalidad de la muerte.
- Me siento sin recursos profesionales o/ni personales para afrontar la situación.
- Me incomoda hablar de la muerte con los pacientes que acuden al Área básica de salud.
- Procuero cambiar de tema.

8. ¿Profesa alguna religión?

Sí No

9. ¿Cuál?

Católica	Judía
Protestante	Musulmana
Ortodoxa	Otra religión no cristiana
Otras confesiones cristianas	Religiones orientales (hindú, budista)

10. Nivel de participación en los ritos religiosos

Todos los días	Sólo en fiestas religiosas especiales
Más de una vez a la semana	Con menos frecuencia
Una vez a la semana	Nunca
Al menos una vez al mes	NS/NC

11. En tu experiencia personal, ¿a qué porcentaje de enfermos has oído expresar “necesidades espirituales”?

- A todos ellos
- A la mayoría
- A la mitad
- A una minoría
- A ninguno

12. En estos casos, ¿te has sentido con pocos recursos para afrontar la situación?

- No
- Raramente
- Frecuentemente
- Sí

13. ¿Tiene usted alguna formación en Cuidados Paliativos? Sí No
14. (Sólo para aquellos que respondan SÍ en la pregunta 10) Especifique su formación en el tema indicado:
15. ¿Ha recibido alguna formación relacionada con los Cuidados Paliativos, el proceso de duelo, la muerte... en el centro donde desempeña su trabajo?
- No, nunca
 - Sí, más de una formación anual
 - Una formación anual
 - Menos de una formación anual
 - Me he ido encargando personalmente de autoformarme en dicho ámbito
 - No me interesa el tema
 - La profesión que desarrollo no requiere este tipo de formación
 - Ns/nc

Para finalizar voy a realizarle unas preguntas sobre usted mismo

16. Sexo: Hombre Mujer
17. ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?
18. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero	Casado
Separado	Divorciado
Viudo	NS/NC

19. ¿Cuál es su nacionalidad?

Española	Española y otra
Otra	NS/NC

20. ¿Qué profesión ejerce en su puesto de trabajo?

Médico de familia	Pediatra
Enfermera/o	Enfermera/o pediátrico
Odontóloga/o	Personal administrativo
Otra (especifique)	NS/NC

21. Tiempo que usted lleva ejerciendo la profesión actual (en su puesto de trabajo actual y en otros)

- Menos de un año
- De 1 a 5 años
- De 5 a 10 años
- De 10 a 15 años
- De 15 a 25 años
- Más de 25 años

ANEXO 3

ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE

Por favor valora en una escala del 1 a 7 tu nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones

1 Totalmente de desacuerdo

4 Neutral

7 Totalmente de acuerdo

1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir
3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro
4. Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias
5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos
6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida
8. Me siento preparado para afrontar mi muerte
9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte
11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral
12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente
14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir
16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual
17. Me importa más la calidad de mi vida que su duración
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos
19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras
21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito

26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir
27. Sería capaz de hablar con un amigo o un miembro de la familia sobre su muerte
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir
29. Me puedo comunicar con los moribundos
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero

ANEXO 4

Tabla 1: MEDIA DE LA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN DEL SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA ESCALA DE BUGEN	PUNTUACIÓN
HOMBRE	5	13%	126	
MUJER	33	87%	112,030303	

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 5

Tabla 2: MEDIA ESCALA DE BUGEN EN FUNCIÓN A LA PROFESION

PROFESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA DE PUNTUACIÓN ESCALA BUGEN
MÉDICO DE FAMILIA	8	21%	113,125
PEDIATRA	3	8%	111,6666667
ENFERMERA/O	5	13%	131,6
ENFERMERA/O PEDIÁTRICO	1	3%	88
PERSONAL ADMINISTRATIVO	13	34%	111
OTRAS	8	21%	112,25

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 6

Tabla 3: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA

AÑOS DE EXPERIENCIA	DE FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA DE PUNTUACIÓN ESCALA DE BUGEN
DE 1 A 5 AÑOS	3	8%	142,666667
DE 5 A 10 AÑOS	5	13%	117,2
DE 10 A 15 AÑOS	6	16%	110
DE 15 A 25 AÑOS	17	45%	104,1764706
MÁS DE 25 AÑOS	7	18%	126

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 7

Tabla 4: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA DE PUNTUACIÓN ESCALA DE BUGEN
SÍ	13	34%	132,15
NO	25	66%	104,36

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 8

Tabla 5: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN A LA RELIGIÓN DEL ENCUESTADO

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA DE PUNTUACIÓN ESCALA DE BUGEN
CATÓLICA	19	50%	114,6842105
PROTESTANTE	2	5%	131,5
RELIGIONES ORIENTALES	1	3%	88
NINGUNA RELIGIÓN	16	42	112,3125

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 9

Tabla 6: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN AL NIVEL DE PARTICIPACIÓN EN RITOS RELIGIOSOS

NIVEL PARTICIPACIÓN RITOS RELIGIOSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA DE PUNTUACIÓN ESCALA DE BUGEN
SOLO EN FIESTAS RELIGIOSAS ESPECIALES	6	16%	126,16
MENOS DE UNA VEZ AL MES	10	26%	114,4
UNA VEZ AL MES	2	5%	137,5
NUNCA	20	53%	108,45

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 10

Tabla 7: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN AL NÚCLEO DE CONVIVENCIA

NÚCLEO DE CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA PUNTUACIÓN ESCALA DE BUGEN
SÓLO	3	8%	115,33
CON HIJO /S	4	10%	111,5
CON MI CÓNYUGE O PAREJA E HIJOS	24	63%	107,25
CON LOS PADRES	1	3%	153
OTROS NÚCLEOS DE CONVIVENCIA	3	8%	138
CON CÓNYUGE O PAREJA	3	8%	131,33

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 11

Tabla 2: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN LA ASISTENCIA A FUNERALES EN LA NIÑEZ

ASISTENCIA A FUNERALES EN NIÑEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA PUNTUACIÓN ESCALA DE BUGEN
SI, ASISTÍA A FUNERALES	17	45%	119,05
NO, NO ASISTÍA A FUNERALES	21	55%	108,68

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 12

Tabla 9: MEDIA ESCALA BUGEN EN FUNCIÓN A SI LE HABLARON O NO DE LA MUERTE EN LA NIÑEZ

LE HABLARON DE LA MUERTE EN SU NIÑEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA ESCALA DE BUGEN
SI, ME HABLARON DE LA MUERTE	27	71%	118,25
NO, NO ME HABLARON DE LA MUERTE	11	29%	103,09

FUENTE: elaboración propia, 2013

ANEXO 13

Tabla 10: TABLA DE FRECUENCIAS RESPECTO A LA RESPUESTA EMOCIONAL ANTE LA MUERTE

RESPUESTA EMOCIONAL ANTE LA MUERTE	FRECUENCIA
Ansiedad	10
Culpabilidad	1
Impotencia	16
Llanto	16
Alivio	5
Indiferencia	1
Sosiego	3
Depende de cada caso en particular	8

FUENTE: elaboración propia, 2013

TESAURO

3.4 Trabajo social y Educación Social

3.4.4 Intervención social