



110 María Sevilla-Casado
Carme Ferré-Grau

Universidad Rovira i Virgili. Facultad de Enfermería.
Campus Catalunya. Tarragona.

Correspondencia:

María Sevilla Casado
Avenida Catalunya. 43005 Tarragona
Teléfs.: 977 29 94 41
E-mail: maria.sevilla@urv.cat

109
Ansiedad ante la muerte
en enfermeras de Atención
Sociosanitaria: Datos y Significados

*Social and health care Nurses' Anxiety
with the death: Data and Meanings*

Este trabajo se enmarca en la investigación para una tesis doctoral que se adentra en los momentos de cuidado cercanos a la muerte. El objetivo es explorar y dar comprensión, mediante la construcción teórica, a estos cuidados desde la perspectiva de la vivencia enfermera.

RESUMEN

Introducción: la intensa convivencia con la muerte en el ámbito socio-sanitario puede alterar el nivel de ansiedad ante la muerte del profesional produciendo impacto emocional que repercute en el cuidado y en su propia vida. Los objetivos de esta investigación son determinar el nivel de ansiedad ante la muerte y explorar los desencadenantes de temor y sus significados, en enfermeras de dicho ámbito.

Método: diseño mixto cuantitativo/cualitativo. La población de estudio fueron las enfermeras de un centro sociosanitario en Tarragona, España. Respondieron los instrumentos seleccionados para la recogida de variables sociodemográficas y medición de la ansiedad ante la muerte, y realizaron entrevistas en profundidad. Análisis cuantitativo: medidas de tendencia central, dispersión y tablas de frecuencia (SPSS 15.0). El análisis cualitativo sigue la metodología de la teoría fundamentada.

Resultados: la media de puntuación de ansiedad es de 114,36 [DT (Desviación Típica) 15,35]. Los valores más elevados corresponden al propio proceso de morir 30,09 (DT 3,96) y a la muerte de otros 29,64 (DT 3,47). Las enfermeras viven la muerte del otro, y piensan en la suya, influenciadas por emociones intensas que varían según la "aceptación" y evolución del proceso. Reconocen los temores, desencadenados por el cuidado, que les acompañan repercutiendo en su vida.

Conclusiones: el ámbito asistencial sociosanitario acoge unos niveles altos de ansiedad ante la muerte para las enfermeras. La pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir, son las situaciones más ansiógenas. Identifican los temores de manera clara, sin alejarse del cuidado y ofreciendo el apoyo psicoemocional como signo de identidad profesional.

Los resultados parciales de este trabajo fueron presentados en XXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. 1.ª Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental. Tarragona 2011.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, muerte, enfermeras, niveles asistenciales, emociones, teoría fundamentada.

SUMMARY

Introduction: the intense presence of the death at the social health environment can disturb the level of death anxiety in the professional, producing in him an emotional impact leading to repercussions on the care and on his life. The objectives of this research are to determine the level of anxiety before the death and to explore the triggers of fear and their meanings, in nurses of this area.

Method: mixed quantitative / qualitative design. The study population was nurses from a social and health care centre in Tarragona, Spain. They answered the selected scales and were interviewed in depth. Quantitative analysis: measures of central tendency, dispersion and frequency tables (SPSS 15.0). The qualitative analysis follows the methodology of grounded theory.

Results: the anxiety average score is 114.36 [SD (Standar Deviation) 15.35]. The highest values correspond to the proper dying process 30.09 (SD 3.96) and to the deaths of others 29.64 (SD 3.47). Nurses live the death of the other and think of his own, influenced by strong emotions that vary according to the "acceptance" and to the process evolution. They recognize the fears unchained by the care, accompanied them and affected their lives.

Conclusions: the Social and health care assistance receives high levels of death anxiety for nurses. The loss of loved people and the associated pain at the process of dying are the most anxiogenic situations. They identify clearly their fears, without moving away of the care and seeking psycho-emotional support as a sign of professional identity.

Partial results of this work were presented at XXVIII Mental Health Nursing National Congress. 1st International Mental Health Nursing Conference. Tarragona 2011.

KEY WORDS

Anxiety, death, nurses, care levels, emotions, grounded theory.

INTRODUCCIÓN

La muerte no se puede separar de la vida. Lo ineludible del momento de morir es un motivo para el temor que lleva implícito el darse cuenta de que uno puede dejar de existir como persona (1). La ansiedad ante la muerte formará así parte del curso de nuestras vidas, constituyendo un fenómeno complejo y multifactorial. Hay dos determinantes generales del grado de ansiedad ante la muerte: la salud psicológica general y las experiencias vitales sobre el morir. Lonetto y Templer añaden un tercer factor de naturaleza existencial, incorporando la propia sensación de cómo encaja la persona en el universo, como se conforma la vida y cómo el hecho de la muerte da sentido, o no, a esa vida (2).

La institucionalización del proceso del morir se convierte en cómplice de la ocultación de la muerte y a su mantenimiento como tabú (3). Aunque el fenómeno de la muerte es importante para todas las personas, en el desarrollo de las profesiones sanitarias existen evidencias de que el contacto continuado puede alterar el nivel de ansiedad ante la muerte (2, 4).

En este sentido, el ámbito asistencial es una de las variables que puede marcar la vivencia de las enfermeras en los procesos de muerte desde perspectivas completamente diferentes. El ámbito determina la frecuencia de contacto, siendo además que el morir y la muerte no acontecen de igual manera en cada lugar. Se presentan



singularidades en cuanto a estructura, cultura y objetivos asistenciales que guían la práctica, entorno y recursos, grado de medicalización del proceso terminal, participación y vivencia familiar, y nivel de protagonismo de la persona moribunda. Este hecho con importante peso diferenciador en los procesos y en la muerte en sí misma (5, 6), puede constituirse en modelador, de manera más o menos efectiva, de las actitudes ante la muerte de los profesionales que las viven.

En la actualidad, los que cuidan a alguien que está muriendo pueden encontrar que la persona desea un equilibrio entre los niveles de confort alcanzable a través de los medicamentos para el dolor y la sedación, y la alerta y la capacidad de hablar, así como de mantener la experiencia de la presencia de los demás. En consecuencia, la presencia verdadera no intrusiva y la atención a la salud física, emocional, espiritual así como la comodidad de un moribundo, es esencial para la humanización de los cuidados (5, 7). Pero aún, muchos de los cuidados en los momentos finales de la vida se enmarcan dentro del modelo médico occidental, cuya consideración de la muerte es de absoluto fracaso, generando así reacciones emocionales de frustración, miedo, ansiedad, estrés y depresión.

El contacto continuo con estos momentos plantea la necesidad de recursos y estrategias para afrontar situaciones de naturaleza especialmente ansiógenas (8, 9) que pueden incidir en la calidad de los cuidados. La forma de comunicarse y relacionarse (8, 10), la toma de decisiones, la valoración ética de las situaciones asistenciales (11) y la resolución de problemas de su día a día (3), son aspectos altamente influenciados por las emociones desencadenadas en los profesionales.

El objetivo de este trabajo es determinar los valores de ansiedad ante la muerte y conocer los aspectos de la misma que despiertan mayor temor en las enfermeras de Atención Sociosanitaria, ámbito asistencial donde los cuidados a personas al final de la vida constituyen un elemento definitorio.

MÉTODO

Estudio de enfoque metodológico mixto, cuantitativo/cualitativo, realizado durante el periodo 2010-2011 en Tarragona. La población de estudio estaba constituida por las enfermeras de un centro sociosanitario. Se repartieron cuestionarios a la totalidad de la población (N = 15) y se obtuvieron correctamente implementados el 100 % de los mismos. Se realizaron tres entrevistas en profundidad a enfermeras del mismo centro sociosanitario.

El instrumento utilizado para la medición de los niveles de ansiedad fue la *Collett-Lester Fear of Death Scale* (CL-FODS) (12) traducida y validada en el contexto sociocultural español por Tomas-Sábado y cols. (13). Dividida en cuatro subescalas: miedo a la propia muerte, miedo al proceso de morir propio, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros, la escala se articula alrededor de dichos factores haciéndola especialmente adecuada para personal sanitario, al contemplar no solo la muerte propia sino también la del otro. Los valores totales de la escala variarán entre un mínimo de 28 y un máximo de 140. Un mayor valor denota una mayor ansiedad ante la muerte o el morir. El resto de variables se recogieron mediante un cuestionario autoadministrable diseñado para la investigación.

El análisis cuantitativo se realizó mediante el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. Los procedimientos estadísticos se eligen en base a la naturaleza de las variables: medidas de tendencia central, de dispersión y tablas de frecuencia.

Las tres entrevistas exploratorias se realizaron mediante formato semiestructurado. Se procuró un espacio privado donde se facilitara

Tabla 1. Puntuaciones medias de la CL-FODS y las cuatro subescalas

	Total CL-FODS	Miedo a la propia muerte	Miedo al proceso de morir propio	Miedo a la muerte de otros	Miedo al proceso de morir de otros
Media	114,3	26,55	30,09	29,64	27,82
DT	15,35	5,55	3,96	3,47	4,99

la tranquilidad y privacidad de las narradoras. Todas fueron grabadas y transcritas por la investigadora, momento en que se inició el análisis. Este se orientó siguiendo las bases de la teoría fundamentada según orientación metodológica de Straus y Corbin (14): muestreo teórico combinado con extracción de categorías emergentes, que se contrastan de manera continua con los nuevos datos.

Aspectos éticos: los cuestionarios se acompañaron de un documento donde se garantizaba el anonimato y la confidencialidad de los datos. La respuesta por parte de los profesionales se entendía como su aceptación voluntaria de participar en el estudio. Previamente a la grabación de las entrevistas se solicitó nuevamente el consentimiento de las informantes.

RESULTADOS

El trabajo se realizó con 15 enfermeras que constituían la totalidad de la población de estudio. Todas ellas mujeres con una edad media de 29,82 años (DT 3,40). Su experiencia profesional es de 7,27 años (DT 4) de los que 5,9 años (DT 3,44) son de permanencia en el ámbito sociosanitario en el que estos profesionales desarrollan su labor actualmente.

En su práctica diaria, las enfermeras encuestadas cuidan pacientes terminales y familias en proceso de duelo, con una frecuencia que se sitúa entre las dos categorías más altas para esta posibilidad: bastantes veces 27,3% y muchas veces el 72,7%.

El 90,9% de las enfermeras han realizado formación específica sobre la muerte y los cuidados paliativos. El 72,8% de las profesionales declaran hablar de la muerte con amigos o familiares bastantes o muchas veces. El lugar escogido por las enfermeras para su propia muerte es mayoritariamente el domicilio con un 72,7% de las respuestas, destacando que ninguna enfermera elige morir institucionalizada.

La media de puntuación de la escala CL-FODS para los profesionales estudiados es de 114,36 (DT 15,35). En cuanto a las subescalas, los valores más elevados corresponden al "propio proceso de morir" 30,09 (DT 3,96) y "la muerte de otros" 29,64 (DT 3,47). Los valores medios de cada una de las subescalas se observan en la Tabla 1. En el análisis de los ítems se observa que las puntuaciones mayores se sitúan en la subescala "muerte de otros" concretamente en las situaciones: *La pérdida de una persona querida*, *No poder comunicarte nunca más con ella* y *Envejecer solo, sin la persona querida*. Destacando también las puntuaciones para los ítems: *El dolor que comporta el proceso del morir*, en referencia a la propia muerte y *Ver cómo sufre dolor*, cuando se piensa en la muerte de otras personas. Los valores mínimos se encuentran en los ítems sobre las incertidumbres después de morir y en las situaciones de acompañamiento y comunicación con el moribundo (Tabla 2).

Tabla 2. Valores medios para cada uno de los ítems de la escala

	Media	DT
En relación a tu propia muerte		
1. La total soledad de la muerte	4,27	0,90
2. La brevedad de la vida	4,36	0,80
3. Todas las cosas que perderás al morir	4,09	1,22
4. Morir joven	4,45	0,82
5. Cómo será el estar muerto	2,91	1,70
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	3,18	1,40
7. La desintegración del cuerpo después de morir	3,36	1,80
En relación a tu propio proceso de morir		
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	4,18	0,98
2. El dolor que comporta el proceso de morir	4,55	0,82
3. La degeneración mental del envejecimiento	4,27	1,00
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	4,27	1,00
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	4,09	0,94
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	4,27	0,90
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	4,45	0,68
En relación a la muerte de otros		
1. La pérdida de una persona querida	4,73	0,46
2. Tener que ver su cadáver	3,91	0,83
3. No poder comunicarte nunca más con ella	4,73	0,46
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	4,00	1,00
5. Envejecer solo, sin la persona querida	4,64	0,67
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	3,27	1,24
7. Sentirse solo sin ella	4,36	0,80
En relación al proceso de morir de otros		
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	3,45	1,36
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	3,36	1,36
3. Ver cómo sufre dolor	4,55	0,68
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	3,91	0,94
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	4,18	0,87
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	3,91	0,83
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	4,36	0,80
Adaptación al castellano de CL-FODS. J. Tomás-Sábado <i>et al.</i> (2007)		

Las enfermeras muestran en sus narraciones los elementos que asocian con la muerte y el morir y que conforman las categorías principales de este estudio: la muerte, la persona que muere, la familia, los cuidados, el equipo de trabajo, y recordando moribundos. La multiplicidad y diversidad de las mismas, reflejada en la abundancia de subcategorías, es evidente, dando consistencia así a la complejidad de este fenómeno vital. Las categorías afloran desde los discursos de manera natural otorgando significado a las inquietudes, temores y ansiedades recogidos en la CL-FODS.

«¡No es fácil aceptarla eh! LA MUERTE,... No hay nadie que se quiera morir, todos estamos bien aquí.» SOC2

Para las enfermeras, la edad de la persona en proceso de morir se une inseparablemente a la “oportunidad o no” de la muerte y por ello directamente con su grado de tolerancia, convirtiéndose en el elemento por excelencia de la aceptación. La idea, socialmente extendida, es la de la muerte en ancianidad, cerrando así un ciclo de vida que creemos nos corresponde completo, sin interrupciones. Cuando la persona está al final de su camino, la muerte es un paso

más entendido, entonces sí, como inevitable en la vida. Por el contrario, el tener que cuidar a personas que mueren jóvenes, extendiendo el término a la no ancianidad, se acompaña con emociones negativas. Las informantes se reconocen más afectadas ante este tipo de pérdida.

«Veo que el cáncer mete por medio a gente muy joven. Creo que lo vives diferente a cuando es una etapa de la vida última, se puede medio entender, e incluso llevar la enfermedad de otra forma ...en cambio, cuando ves sufrimiento... el momento de sedaciones, el dolor en gente joven, es duro... es un poquito más duro...» SOC1

Así también, las propias personas ancianas, según las enfermeras, expresan en menos ocasiones temor, reflejo de la aceptación más natural, o tal vez resignación, que ellos mismos tienen ante este proceso: el final de su vida.

«La gente mayor saben que se van a morir, pero no expresa como gente joven, yo supongo que a lo mejor ya están cansados



tantos años, y yo creo que decir bueno ya **llega mi hora**... pero no expresan tanto como los jóvenes, ni muchísimo menos.» SOC3

La muerte es una experiencia única y personal cuya vivencia a través del otro nos acerca a su conocimiento y comprensión. La empatía aparece con frecuencia en las narraciones como un elemento de ayuda para el cuidado. Entender qué piensa la persona que muere y su familia, intentar sentir sus emociones y sufrimientos, utilizando esta comprensión como pilar en la planificación del cuidado.

«Es difícil, si tú te pones en su piel... dices: ostras, si yo estuviera aquí sola... o se tiene que morir mi madre, mi abuela, mi padre... claro yo me pongo siempre en la piel de esa familia.» SOC2

Pero la empatización se torna identificación en ocasiones. Ver a otra persona de similares características y momento del ciclo vital causa temor en la enfermera. Miedo a que le pase lo mismo, a sufrir igual, a desaparecer.

«Y a mí, sobre todo, la edad me afecta muchísimo... porque me identifico, me pongo en la piel de esa persona y veo lo que voy a perder, voy a perder a mi hija, a mi marido, voy a perder a mi madre..., voy a perder la vida, es que ya no sé que voy a tener luego después de eso, ¿no?» SOC3

Tomando así conciencia temerosa de que la muerte existe, está ahí y nos acompaña acercándose a nosotros, o a nuestros seres queridos, en cualquier momento.

«Y si esa persona me identifica a una persona de mi familia: mi abuela, mi padre, mi madre... por edad, por cosas no sé te recuerda expresiones o caras y sí que te afecta.» SOC1

La enfermera reconoce de manera unánime los cuidados más relevantes para la persona que está muriendo y para su familia.

En la esfera física de la persona que se cuida, una de las preocupaciones mayoritarias, hasta monopolizar prácticamente los discursos, es el control de los síntomas en los últimos días. El objetivo claro está en proporcionar una muerte sin dolor, sin sufrimiento. Normalmente, el estado de tranquilidad de la persona es el reflejo de este bienestar perseguido. Los esfuerzos en alcanzar este estatus se relatan claramente.

«El ayudar a un buen morir, que cuando fuese el momento fuese dulce, paliando síntomas. La persona ha de estar tranquila y confortable.» SOC2

»si vemos que el paciente está angustiado hablamos con el médico para que le sede un poquito, para que esté mucho más tranquilo y el proceso sea... mucho más llevadero.» SOC3

Se huye de las rutinas técnicas para dar importancia a la esfera psicológica de la persona. Apoyar, arropar y acompañar se asocian dando contenido a este cuidado psicoemocional.

«Qué pena el decir voy a morir, no voy a vivir ya, ¿y qué me va a pasar? no tengo a nadie que me apoye y mis miedos... básicamente somos nosotras. Nosotras somos como el apoyo

emocional que tienen para sobrellevar el proceso de la muerte.» SOC3 113

Cuidar en un momento vital único e irrepetible para el que muere y para la enfermera, que ve en cada persona la oportunidad de estar presente, de acompañar.

«Necesitan escucha y transmitirles confort también..., intentar estar en el momento final, ellos y yo. Ese es un momento importante sí, sí, sí, porque en el momento final yo creo que hay que acompañar ya que están aquí ¿no?...» SOC1

Escuchar al moribundo es entonces importante. Sus emociones, temores, angustias, deseos o preocupaciones se pueden condicionar por el deseo de no dañar a la persona querida. Así, la comunicación con el profesional supone una mayor libertad de expresión mientras para la enfermera se convierte en fuente de información sobre la particularidad del sufrimiento de cada ser.

«...que se pueda expresar, porque a veces cosas que piensa no se las va a decir a la familia y necesita alguien desvinculado para decirlo, y tienes que darle pie, crear un espacio que permite expresar, solo a veces les das pie: 'no me quiero morir'... puff.» SOC1

Aspectos positivos contrastados con la parte más temida por las profesionales que reconocen deficiencias para comunicar en estos momentos de alta tensión emocional.

«Pero la emocional es la más difícil..., es que me pregunta ¿y qué le digo? No sabes por dónde... ¿sabes qué me queda una semana de vida? Y qué contestas, se pone a llorar, ¿qué le dices? Yo llevo años y no se aún qué contestar. Y a mí me crea angustia porque no sabes si haces bien o haces mal.» SOC2

La formación específica realizada en esta área no parece solventar completamente estas dificultades vividas en la realidad del día a día.

«Si que has hecho formación, pero de la teoría a la práctica es mucho más complicada, complicadísima.» SOC2

Desde otra perspectiva, poder comunicar a los otros su experiencia de cuidados sobre la muerte aparece en las narraciones como un elemento de alivio de malestar y temores. En el ámbito privado, hablando de la muerte y de las experiencias laborales, la enfermera se siente comprendida y escuchada. La comunicación es entonces terapéutica para ella, igual que lo es para las personas cuidadas.

«Tú empiezas a pensar y pensar, y yo me lo llevaba a casa, se lo explicaba a mi madre: mira tengo esta chica... Sí que hay casos que me los llevo para casa y lo comento con mi marido o comiendo con mi familia, mira tengo este... Entonces como que mi pena ya está compartida con más pena, y quieras que no entre unos y otros pues... mira gracias a Dios que tenemos salud.» SOC3

Aparece el miedo a la propia muerte, desencadenante de angustia, como la emoción más temida por los profesionales al tiempo que la más nombrada en sus relatos.

«Es que yo tengo miedo a morir; es que no sé qué me va a pasar..., ¿sabes? El miedo al dolor, el miedo a cerrar los ojos y

qué hay detrás, hay algo o no. Dónde voy a ir, qué va a pasar con mi... con los que dejo aquí...» SOC3

Miedo al sufrimiento y la incapacidad de la larga enfermedad, al dolor que puede suponer para su familia. La mayoría se decanta por la muerte súbita, dando poca oportunidad a la espera alargada en el tiempo y acompañada de múltiples temores.

«Tengo miedo a sufrir, estar postrada en una cama y cargar a mi marido, a mi familia; eso sí, eso me dolería más y que no me pueda valer..., si me tengo que morir firmo para que sea algo fulminante y ya está.» SOC1

Se relaciona directamente el miedo y la ansiedad vital con el hecho de cuidar a personas moribundas, con el contacto continuado e íntimo con esta circunstancia.

«Ves arriba tanto... Y miedo a la muerte todos los días pero por mi ámbito de trabajo... desde que estoy trabajando aquí la muerte la tengo más... veo la muerte en todos sitios.» SOC3

Así, las informantes creen que las personas ajenas a las profesiones sanitarias, alejadas de este mundo, están más protegidas de esta sensación de conciencia diaria de finitud, de posibilidad de pérdida y de la ansiedad que generan. Con sus palabras parecen otorgar mayor felicidad a las personas que se encuentran ajenas a la convivencia con moribundos.

«Incluso soy más realista y sé que a mí también me puede tocar. Hay gente que no lo piensa y vive feliz, y yo sí lo pienso y digo si a este, a este y a este le ha tocado, a mí también me puede pasar.» SOC1

En el relato enfermero aparece repetidamente cómo este trabajo, cercano al morir, repercute en diversos aspectos de su vida. Desde la manera de entender la existencia hasta las escalas de valores y prioridades, se tiñen por este rasgo singular e inseparable de su trabajo.

«...intento vivir lo más tranquila posible y ayudar y lo que tenga que venir que venga, pero te hace ver la vida de otra forma totalmente distinta...» SOC1

El entorno familiar, "mi casa", se identifica como lugar de preferencia y elección para la muerte. Lo cotidiano cobra importancia en la personalización emocional que proporciona el morir en tu lugar de vida.

«Yo en mi casa, si puedo. Si ojalá los medios entonces sean punteros y no sea para mi familia una complicación poder tenerme en casa... en casa, en mi cama y tranquila; a veces lo digo y tampoco es así porque digo un hospital o el socio que frío... no es eso sino un ambiente menos personalizado. Una habitación ahí, un número y esperar la muerte... En el domicilio tienes tus recuerdos, tu vida, y para mí sería estupendo tu casa, tu cama, tu familia y ya está...» SOC1

Pero al mismo tiempo aparece el reconocimiento unánime de las dificultades y temores que puede suponer para una familia acoger estos acontecimientos. Las enfermeras buscan en sus reflexiones la explicación a una tendencia generalizada, la de morir institucionalizado.

Muchos, despreocupación porque los dejan allí y ahí te quedas, y muchos supongo que miedo de la casa: claro ¿cómo lo hago yo si tiene esto? Y aquí están más tranquilos porque hay un apoyo, una enfermera y sus dudas saben que se van a solucionar, y están mucho más tranquilos, pero que antes morían en casa... ha cambiado la filosofía... ahora la moda es, es llevarlos al socio a morir.» SOC3

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El grupo de profesionales del centro sociosanitario que participan en este estudio está constituido por enfermeras con una frecuencia elevada de cuidados a personas moribundas, con alto grado de experiencia en los mismos y con formación específica en la muerte y el morir.

Tanto la experiencia como la frecuencia de contacto con estos momentos vitales se intuyen *a priori* como elementos determinantes en los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de la salud. La experiencia profesional, sin embargo, no parece tener, en los estudios revisados una asociación clara con esta variable de estudio (15), sin poderse confirmar la relación negativa entre experiencia y el proceso de aprendizaje que esta supone, y la puntuación en escalas de ansiedad (8, 16, 17).

Al contrario que en nuestra investigación, en lo relativo a la frecuencia de estos cuidados, encontramos estudios en los que dicha relación se concreta en menores valores de ansiedad ante la muerte en enfermeras que trabajan en sociosanitarios o paliativos (18).

En cuanto a la formación, cabe destacar que la educación sobre la muerte y la formación en cuidados paliativos se han demostrado eficaces en la reducción de los niveles de ansiedad ante la muerte, tal como aparece recogido en diversos estudios (3, 19-21). Sin embargo, aspectos concretos de dicha formación como la comunicación, son valorados por las enfermeras de nuestro estudio como insuficientes para responder a las necesidades de expresión de las personas cercanas a la muerte y a las suyas propias. La carga emocional es grande, como lo es la incertidumbre y la presión por decir "lo adecuado", evaluando así el daño mutuo que se podría ocasionar en una comunicación insegura y forzada a la superficialidad.

La muerte y los aspectos de la misma que despiertan inquietudes en el ámbito laboral, se comparten con las personas próximas como mecanismo de apoyo. La expresión estaría, no obstante, influenciada por la represión social que existe ante los temas cercanos a la muerte (3). No hay que olvidar al porcentaje de estas mismas enfermeras que declaran no hablar nunca sobre este tema, pudiendo explicarse ante la circunstancia de que no todos los profesionales tuvieran los mismos recursos necesarios para la expresión de sentimientos y la gestión de los mismos, ambos aspectos constituyentes de la inteligencia emocional (22, 19), y que facilitan la integración de la muerte dentro del proceso existencial (23).

El lugar de preferencia escogido para morir por las enfermeras encuestadas es, por mayoría clara, el domicilio. Resulta cuando menos paradójico que los cuidadores de las personas que mueren institucionalizadas, manifiesten su deseo de hacerlo en otra situación totalmente opuesta. Se refleja la tendencia de pensamiento hacia la vivencia del proceso de morir de una manera más natural y cercana a la vida, como describe Álvarez (24) hacia una muerte digna, con lucidez, sin dolor y con capacidad de demostrar y sentir afecto. El entorno deseable debería ser tranquilizador y no intrusivo. En esta misma línea, en una muerte apropiada, se dan las condiciones para satisfacer los cuidados que el paciente terminal necesita y si el domicilio reúne estas condiciones, se convierte en el



mejor lugar para morir, afirmación corroborada unánimemente por las enfermeras de nuestro estudio.

El alto grado de ansiedad ante la muerte encontrado en este grupo de enfermeras de sociosanitario puede relacionarse con factores definitorios del propio ámbito adecuado como "lugar para morir". De esta manera se crea un espacio en el que la realización de cuidados a moribundos y familias en duelo es continuo, formando parte intrínseca del desarrollo profesional y de la vida del centro.

El contacto diario con estos momentos plantea la necesidad de recursos y estrategias para afrontar situaciones especialmente ansiógenas (8, 9). Un mayor grado de implicación y de sintonía emocional con las situaciones, sin el conocimiento o utilización de estos recursos, puede poner en riesgo a los profesionales, incidiendo en su forma de comunicarse y relacionarse (10), en la toma de decisiones, en la capacidad de afrontamiento, en la valoración ética de las situaciones asistenciales (11) y en la resolución de problemas de su día a día (3).

Queda patente que la situación de acompañamiento a la muerte, así como su proceso, despierta una inquietud no desligable de la condición humana. Como no lo es el temor ante el sufrimiento ajeno o el de uno mismo, ni el miedo ante la soledad que deja la pérdida de una persona querida.

Tras la errónea concepción de inmunidad se puede presuponer a este colectivo con pocas necesidades al respecto de los estados emo-

cionales generados y con suficiente capacidad para manejarlos con habilidad. En realidad, la implicación emocional sin unos correctos límites de protección resulta una situación de riesgo profesional, mientras el alejamiento y la evitación de la situación de sufrimiento, disminuyen la calidad del cuidado realizado.

Desde ningún ámbito social se reconoce el trabajo de los profesionales junto a moribundos con la misma devoción de aquellos que salvan vidas. Y, sin embargo, manifiesta una presencia abierta, calmada, disponible y atenta, que permita acompañarlos en esta despedida con ternura y respeto, es esencial para la humanización de los cuidados y del entorno (5, 7).

Los factores trabajados en este artículo ratifican la complejidad de comprensión del fenómeno estudiado tanto desde la perspectiva de análisis cualitativo como cuantitativo. Sería interesante ampliar la muestra de este estudio exploratorio para profundizar en las diferentes variables que permitan la atención integral al paciente moribundo, cuidando también emocionalmente a los profesionales sanitarios.

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero agradecimiento a todas las enfermeras e instituciones que han colaborado en el estudio. Sin ellas no hubiera tenido sentido ni posibilidad de ser.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donald W, Goodwin MD. Ansiedad. Barcelona: Temis, 1990.
2. Lonetto R, Timpler DI. Ansiedad ante la muerte. Barcelona: Iatros, 1992.
3. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada* 2003; 56: 257-79.
4. Cooper J, Barnett M. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11: 423-30.
5. Benner P, Kerchner S, Corless IB, Davies B. Attending death as a human passage: core nursing principles for end-of-life care. *Am J Crit Care* 2003; 12: 558-61.
6. DePaola SJ, Neimeyer RA, Lupfer MB, Fiedler J. Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Stud* 1992; 16: 537-55.
7. Lavoie M, Blondeau D, De Koninck T. The dying person: an existential being until the end of life. *Nurs Philos* 2008; 9: 89-97.
8. Vilaseca J, Tomás Sábado J, Sánchez E, García R. Enfermería y ansiedad ante la muerte. Butlletí de la associació de exalumnes de la escola Santa Madrona 1996; 73: 26-31.
9. Bron B. Death and dying in our time. *Fortschr Med* 1978; 9: 2150-4.
10. Kelly B, Burnett P, Badger S, Pelusi D, Varghese FT, Robertson M. Doctors and their patients: a context for understanding the wish to hasten death. *Psycho-oncology* 2003; 12: 375-84.
11. Ray R, Raju M. Attitude towards euthanasia in relation to death anxiety among a sample of 343 nurses in India. *Psychol Rep* 2006; 99: 20-6.
12. Lester D, Abdel-Khalek A. The Collett-Lester Fear of Death Scale: a correction. *Death Stud* 2003; 27: 81-5.
13. Tomás Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek A. Spanish Adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. *Death Stud* 2007; 31: 249-60.
14. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía, 2002.
15. Tomás Sábado J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica* 2002; (246-247): 42-7.
16. Poudevida S. Ansiedad ante la muerte. Estudio de la incidencia de la ansiedad ante la muerte en el personal sanitario del Hospital de San Gervasi. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* 1996; 39: 48-53.
17. Denton JA, Wisenbaker VB, Jr. Death experience and death anxiety among nurses and nursing students. *Nurs Res* 1977; 26: 61-4.
18. Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *J Adv Nurs* 1998; 28: 700-6.
19. Aradilla Herrero A, Tomás Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica* 2006; 16: 321-6.
20. Hegedus K, Zana A, Szabo G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med* 2008; 22: 264-9.
21. Kingma R. Revising death education. *Nurse Educ* 1994; 19: 15-6.
22. Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández Castro J. Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte de estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés* 2006; 12: 267-78.
23. Fericgla JM. Death experience. Antidote against fear to death. *Rev Enferm* 2003; 26: 12-20.
24. Álvarez Martínez F, Velasco García G. Afrontamiento del duelo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Reflexión sobre la necesidad de limitaciones de las medidas terapéuticas en el paciente terminal. *Index Enferm* 2000.