

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Basalo, M., Rivera, F., González, J. y Cantero, M. (2022). Actitudes hacia la muerte en el personal sanitario: propuesta de intervención. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 201 -210. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.1185.

Actitudes hacia la muerte en el personal sanitario: propuesta de intervención

Miguel Basalo de Castro

Universidad Europea de Madrid (España)

miguelrodiba@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0001-5361-5912>

Francisco Rivera Rufete

Universidad Europea de Madrid (España)

francisco_rivera_rufete@hotmail.com · <http://orcid.org/0000-0001-9372-6502>

Jesús González Moreno

Universidad Internacional de Valencia (España)

jesus.gonzalezm@campusviu.es · <http://orcid.org/0000-0002-3968-8864>

María Cantero García

Universidad Internacional de Valencia (España)

maria.canterogar@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0002-7716-2257>

Resumen. En este artículo se realiza una revisión sobre las actitudes hacia la muerte en el profesional sanitario. Con el objetivo de profundizar en las implicaciones prácticas de dichas actitudes, se realiza un análisis de la literatura. Dada la ausencia de intervenciones basadas en promover la resiliencia, estrategias de afrontamiento y otros factores intervinientes en la actitud hacia la muerte en este colectivo, se presenta un programa destinado a la prevención y la promoción de competencias para proporcionar un mayor bienestar y un mejor manejo de estas situaciones. Entre los objetivos, se proponen: desarrollar estrategias de afrontamiento para gestionar las situaciones adversas que surgen al afrontar la muerte a diario, facilitar una buena gestión emocional y ser capaz de recuperarse del impacto que causan dichas situaciones a través de la compasión, autocompasión, gratitud y manejo de la culpa. El programa sigue una metodología experiencial; los profesionales sanitarios son agentes activos en el proceso de cambio, y se acompaña con una implementación y evaluación rigurosa que permiten analizar los cambios que se producen según se avanza en la intervención.

Palabras Clave: Resiliencia; personal sanitario; actitud hacia la muerte; afrontamiento; compasión

Attitudes towards death in health personnel

Abstract. In this article, we review attitudes towards death in the professional health workers. Trying to deepen the practical implications those attitudes have, we analyzed the scientific literature. Given the absence of interventions based on promoting resilience, coping strategies and other intervening factors on attitudes towards death in this group, we present a program designed towards promotion and prevention of competences to provide a better wellbeing and a better handling of these situations. Amongst the objectives, we propose: developing coping strategies to manage adverse situations that arise dealing daily with death, easing a good emotional management and being able to recover from the impact said situations cause through compassion, self-compassion, thankfulness and guilt management. The program follows an experiential methodology; health care professionals are active agents in the process of change, and they are accompanied through a deep evaluation and implementation that allows to analyze the changes throughout the intervention.

Key Words: Resilience; health care professional; attitudes towards death; coping; compassion

Introducción

El objetivo del sanitario es preservar la vida, cuidar y acompañar al paciente, especialmente a aquellos cercanos a la muerte (García-Avendaño et al., 2018) . Así, la muerte puede ser vista como un fracaso, aunque consista en un proceso natural (Vázquez-García et al., 2019). Esto pone de relevancia que las actitudes negativas tienen implicaciones —también negativas— en el entorno sanitario (Cara Rodríguez, 2020; Puente-Fernández et al., 2020). Éstas se traducen en evitación del enfermo, delegación de responsabilidades y desconexión emocional (Puente-Fernández et al., 2020), y provoca peores cuidados, sumado a las creencias de fracaso, predisponen al sanitario a padecer fatiga por compasión y burnout (Acevedo et al., 2013). Las actitudes hacia la muerte del sanitario son relevantes porque impactan su desempeño laboral, salud mental y emocional (Kagan, 2020). Estos factores se retroalimentan, provocando aumento de ansiedad, siguiendo a Zamora (2018), insatisfacción laboral y bajo estado de ánimo. Sin embargo, hay sanitarios que desarrollan actitudes positivas por factores de protección como creencias, experiencia o capacitación (Bayat et al., 2018). Estos factores de protección o estrategias de afrontamiento están relacionados con la resiliencia, entendiendo este concepto como la capacidad que tiene el ser humano de recuperarse ante situaciones adversas y salir fortalecido.

Los aspectos mencionados previamente motivaron a los autores a realizar una búsqueda sobre las intervenciones previas en actitudes hacia la muerte en el personal sanitario. Sin embargo, en la literatura encontramos que, si bien varios artículos señalan la importancia de la formación al personal como factor de prevención (Cevik & Kav, 2013), hay una ausencia total de programas de intervención que aborden la problemática que hemos planteado.

Esto pone de manifiesto que, si bien se conoce que las actitudes hacia la muerte pueden cambiarse con programas educativos, y que dichas actitudes se pueden traducir en mejor cuidado de los pacientes cercanos a la muerte (Chua & Shorey, 2021) mayor resiliencia, autoestima y menor burnout (Edo-Gual et al., 2015; Guo & Zheng, 2019), no se provee al personal sanitario una asistencia para proporcionarles herramientas en esta dirección. De este modo, este equipo consideró importante que se supliera la ausencia de formaciones actuales. Revisadas las causas que provocan una actitud desfavorable hacia la muerte y hacia el último estadio en la vida del

paciente, el programa de intervención proporcionaría un mejor servicio actuando directamente con el personal sanitario, e indirectamente sobre el paciente. Además, este programa prevendría futuras dificultades en el personal sanitario en el trato con sus pacientes paliativos.

Así, si bien el presente trabajo pretendía realizar una revisión de las actitudes hacia la muerte del personal sanitario, así como las implicaciones que estas tienen a nivel personal y profesional, y estudiar las intervenciones existentes en este ámbito, debido a la carencia encontrada sobre este tipo de programas, se decidió diseñar una propuesta de intervención que las aborde.

Programa de Intervención en Actitudes Hacia la Muerte en Personal Sanitario

Esta ausencia, junto con la expresión reiterada de la necesidad de formación a los sanitarios nos llevó a diseñar un programa de intervención modelo, llamado “Programa de Intervención en Actitudes Hacia la Muerte en Personal Sanitario”. En este, decidimos poner el foco en las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, la compasión y autocompasión, la culpa y gratitud, así como las conductas hacia la muerte de forma más explícita. Esto se fundamenta en los factores de protección que subraya la literatura. El programa se formula como un recurso accesible de forma tanto asistencial como telemática para poder ofrecer su aplicación en ámbitos hospitalarios, centros de salud, residencias o cualquier otro centro en que se ejerzan labores sanitarias.

Población a la que va dirigida el programa

El programa va destinado a profesionales sanitarios que tienen contacto en su día a día con pacientes en situaciones cercanas a la muerte, y quieren mejorar la forma en la que se relacionan con ello, entre los que encontramos de forma prominente médicos de diversas especialidades, tales como: cuidados paliativos, oncología, geriatría, medicina interna o atención primaria, enfermeros tanto de centros de atención primaria como de hospitales y centros de especialidades, psicólogos, etc. Siendo estas especialidades las especialidades diana para la participación en el programa de intervención.

Los criterios de inclusión

- 1) querer participar voluntariamente en el programa de intervención,
- 2) firmar consentimiento de participación y realización de la evaluación pre y post intervención,
- 3) trabajar de forma activa en un centro sanitario público o privado en contacto con pacientes paliativos o pacientes crónicos que estén en su última etapa de la vida.

Como criterios de exclusión se establece que

- 1) el participante tiene que estar trabajando con la formación reglada terminada, quedando excluidas aquellas personas que, estando, realizando formación universitaria o formación profesional, se encuentren en periodo de prácticas, rotación o realizando cualquier función académica en el centro sanitario
- 2) haber tenido una puntuación mayor de 20 en los ítems correspondientes al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) al considerar que la persona presenta sintomatología de depresión moderada o grave, y por lo tanto, se tendría que derivar a otro de tipo de programa más idóneo a su situación.

De este modo, se pretende que los profesionales mejoren su bienestar, autocuidado y adquieran herramientas de afrontamiento con las que se puedan relacionar de forma más saludable con la muerte. Así, en última instancia, lo que se pretende es beneficiar tanto a ellos de forma directa, como a los pacientes a los que prestan servicio de forma indirecta.

Objetivos y competencias

Durante el desarrollo del programa, se pretende que los profesionales sanitarios participantes adquieran herramientas para poder gestionar situaciones de estrés de forma adaptativa y trabajar la resiliencia. Asimismo, los participantes ahondarán en los conceptos de compasión y autocompasión para aumentar sus autocuidados, así como gestionar los posibles sentimientos de culpa y conductas de afrontación hacia la muerte de forma saludable. El programa finalizará trabajando la gratitud tanto a uno mismo como hacia otros. De este modo, el programa no solo pretende trabajar la gestión de situaciones estresantes y ansiógenas, sino que además ahonda en el autocuidado del profesional sanitario, lo que influye en una mejor percepción de bienestar psicológico y un mejor servicio al paciente.

Objetivos generales

Los objetivos generales del programa de intervención son:

- Disminuir estrés y ansiedad para aumentar el bienestar en el personal sanitario.
- Aumentar la resiliencia para afrontar de forma adaptativa situaciones estresantes.
- Desarrollar la compasión y autocompasión para el autocuidado del participante.
- Gestionar sentimientos de culpa de forma adaptativa.
- Desarrollar la gratitud para fomentar experiencias positivas
- Afrontar situaciones relacionadas con la muerte de forma saludable.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que abarca el programa son:

- Prevenir la aparición de estrés y respuestas de ansiedad en el personal sanitario expuesto a factores de riesgo.
- Identificar factores de riesgo y factores de protección frente a estrés y ansiedad.
- Identificar, comprender emociones, y aceptarlas.
- Trabajar la claridad emocional y la reparación de las emociones.
- Afrontar de forma adaptativa situaciones amenazantes y estresantes, a través de las cualidades de las personas resilientes.
- Conocer las fortalezas y áreas de desarrollo del participante.
- Obtener herramientas para realizar un afrontamiento positivo, basado en las emociones y en el problema.
- Desarrollar habilidades sociales asentadas en la asertividad y en el apoyo social emocional.
- Aumentar el autoconocimiento del participante en acciones de compasión hacia otras personas y de autocompasión hacia sí mismo.
- Ser capaces de identificar situaciones de compasión y de autocompasión.

- Diferenciar compasión y autocompasión de otras emociones.
- Desarrollar herramientas que permitan al participante tener conductas de compasión y autocompasión que optimicen su percepción de bienestar psicológico.
- Dotar de herramientas al participante para evitar la fatiga por compasión.
- Diferenciar los sentimientos de culpa adaptativos de los desadaptativos.
- Identificar factores fuera del control propio que influyen en situaciones sobre las que se siente culpa.
- Aprender conductas de reparación de la culpa.
- Identificar miedos e ideas asociadas a la muerte y el proceso de muerte.
- Adquirir habilidades adaptativas para afrontar la muerte.
- Desarrollar conductas de gratitud para fomentar experiencias positivas, tanto al propio participante, como a otros por su parte.

Contenido del programa

Con el fin de cumplir los objetivos y alcanzar las competencias anteriormente descritas, el programa se estructura en 9 sesiones de 90 minutos, que se llevarán a cabo de forma semanal, tanto presencial como telemáticamente. Además, se desarrollará una sesión cero o sesión inicial con el objetivo de promover la familiarización del facilitador con el grupo de profesionales, así como establecer las primeras normas del grupo (confidencialidad, respeto, etc.) y la evaluación inicial. En esta misma sesión se introducen los objetivos/contenidos del programa a los participantes, y se reflexiona brevemente sobre la importancia de trabajar las actitudes hacia la muerte. A continuación, se describe brevemente cada una de las sesiones.

- *Sesión 0. Presentación y Evaluación.*
- *Sesión 1. La importancia de las emociones.* En esta sesión se introduce al participante y al facilitador en el programa de intervención, así como tomar conciencia sobre los factores de riesgo que conlleva a nivel emocional las procesiones sanitarias.
- *Sesión 2. Resiliencia y afrontamiento.* El objetivo de esta sesión es conocer el término “resiliencia”, así como las características de las personas más resilientes, y trabajar en el autoconocimiento de cada uno de los participantes, así como conocer estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.
- *Sesión 3. El problema, la asertividad y el apoyo social.* A través de esta sesión se seguirá profundizando en estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas, además de conocer herramientas que faciliten la asertividad y el apoyo social en el participante.
- *Sesión 4. La compasión y la autocompasión.* Esta sesión tendrá como objetivo conocer los sentimientos de compasión y autocompasión, diferenciándolos de otros, así como identificar situaciones profesionales de compasión hacia otras personas.
- *Sesión 5. Nosotros y nuestro autocuidado: autocompasión y fatiga por compasión.* Se trabaja en esta sesión conceptos de autocuidado, centrados en la autocompasión y la disposición de herramientas para evitar la fatiga por compasión.
- *Sesión 6.- Culpa y reparación.* El objetivo es reflexionar trabajar la culpa, en situaciones adaptativas y desadaptativas, así como identificar factores fuera del propio control del participante, además de desarrollar herramientas reparatorias de la culpa.
- *Sesión 7. Conductas de afrontamiento ante la muerte.* En esta sesión se abordan los efectos de la ansiedad ante la muerte, así como enfrentar al participante a estas

- situaciones a través de la situación, con el objetivo de poner en marcha las herramientas tratadas en sesiones anteriores.
- *Sesión 8. Gratitud.* Esta sesión tiene como objetivo trabajar el concepto de gratitud, tanto a otros como uno mismo.
 - *Sesión 9. Medición post-intervención.* El objetivo de esta sesión es realizar una medición post-intervención a los participantes del programa para su evaluación, además de cerrar el programa con los propios participantes.

Metodología

El programa utiliza la metodología experiencial (Ariza, 2010). El verdadero sentido del modelo experiencial implica seguir un proceso de reflexión y análisis de las prácticas educativas, involucrando al participante de manera directa en lo que se está enseñando. Así, se utilizará tanto la psicoeducación —lo más mínimamente posible, para la conceptualización de ideas y aclaración de términos— y ejercicios que propicien que el participante pueda experimentar de forma individual o colaborativamente con otros participantes aquellos temas que abordan las sesiones. Para ello, se hará uso de técnicas como el role-playing; meditaciones; técnicas fundamentadas en la respiración; y ejercicios grupales diversos. Todas las técnicas y herramientas propuestas adaptadas a las temáticas trabajadas cada sesión, perfil de los participantes, y modalidad de la sesión (siendo estas presencial, virtual o mixta). Siguiendo esta metodología, el facilitador tiene como tarea ayudar a los participantes a construir su propio conocimiento y vivencias de las experiencias, guiándoles e incitando a la reflexión, y siendo un punto de apoyo de cara a la realización de tareas fuera de sesión (tareas inter sesiones, voluntarias, en las que el participante, con el apoyo previo del facilitador, realizará para interiorizar de una forma más eficaz los contenidos tratados en las distintas sesiones). Asimismo, también será rol del facilitador crear un ambiente de trabajo motivante y retante para el participante, guiando a lo largo de toda la exploración experiencial hacia los cambios propuestos.

Implementación del programa

La implementación del programa es un punto clave para facilitar la efectividad del trabajo con el personal sanitario, y es por esta razón por la que tenemos que asegurar los principios y la metodología del programa, además de adaptarlo a cada uno de los grupos de participantes, así como la presencialidad física o virtual de los participantes, con el fin de optimizar los resultados del programa.

El grupo de trabajo realizará la presentación del Programa a los distintos centros que se decida ofertar, y se hará, una vez decididos los centros, una comunicación a través de gerencia, jefaturas de servicio/departamentos y responsables de equipos, además del uso de carteles, trípticos o recursos web, con el fin de crear una bolsa de participantes y disponer de grupos acordes a los objetivos del programa. Una vez generados los grupos, se realizará un acto inaugural del programa a nivel de hospital, centro de salud, o cualquier organismo o institución en el que se realice el programa con el objetivo de poner en situación a todo el centro de la temática y objetivos de intervención.

Al finalizar el Programa de intervención con tantos grupos como se estime oportuno, se realizará una comunicación a modo de conclusión, abordando de nuevo la temática, y donde se darán recomendaciones generales sobre autocuidados, a modo de recordatorio para los asistentes, y a modo de educación para los no asistentes. Tanto las comunicaciones de inauguración como las de clausura, siempre que lo permita el centro o institución, se retransmitirá por streaming para asegurar la asistencia y participación de todos aquellos asistentes, participantes o no del programa, que quieran realizarlo online.

Evaluación del programa

Con el objetivo de realizar una rigurosa evaluación de la efectividad del programa, se realizará el proceso a lo largo de diferentes momentos, siendo éstos: 1) evaluación inicial, 2) evaluación a la finalización del proceso y 3) evaluación posterior al proceso. En la Tabla 1 se describen los instrumentos a utilizar en cada una de las fases de evaluación. De esta manera, la finalización del programa no significa el cierre del mismo, sino que transcurridos cuatro meses desde la finalización de la última sesión del programa, se realizará una evaluación con las mismas medidas que la evaluación inicial y final para conocer si se mantienen los efectos a lo largo del tiempo.

Tabla 1

Evaluación del programa

Momento	Instrumento	Dimensiones evaluadas	Informantes
Sesión 0 Inicial / Final con post- test inmediato y aplazado	Cuestionario	Datos sociodemográficos e indicadores fisiológicos	Participantes
	Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte y del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte	Aceptación de acercamiento, evitación de la muerte, aceptación de escape, miedo a la muerte y aceptación neutral.	Participantes
	Inventario de Maslach de Burnout	Frecuencia e intensidad del burnout en tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal	Participantes

	Escala Breve de Resiliencia (BRS)	Resiliencia global	Participantes
	Test de Fatiga de Compasión y Satisfacción. PALIEX	Fatiga por compasión	Participantes
	Escala de satisfacción con la vida (SWLS)	Satisfacción con la vida	Participantes
	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Ansiedad Estado (A/E) y Ansiedad Rasgo (A/R)	Participantes
	BDI-II	Evaluación de sintomatología depresiva en adolescentes y adultos	Participantes
	WOC-R. (Ways of Coping Inventory)	Evaluación de modos de afrontamiento	Participantes
Sesión 9	Cuestionario de evaluación del programa	Cuestionario de evaluación del programa de intervención por parte de los participantes	Participantes

Conclusiones finales

Como hemos visto, el tabú hacia la muerte repercute en cómo el personal sanitario se relaciona con la muerte; propiciando que estos tengan actitudes negativas hacia ellas y, subsecuentemente, peores cuidados con los enfermos, y autocuidados. No obstante, la forma de relacionarse con la muerte puede ser modificada a través de diversas técnicas de intervención en prevención y promoción de competencias.

Partiendo de esta premisa, y de toda la literatura científica que insiste en la importancia de programas interventivos y formación para profesionales de la salud, planteamos el programa “Actitudes Hacia la Muerte en Personal Sanitario”. Este programa va en consonancia con lo que plantean autores relevantes en el tema como Cervik & Kav (2013). De esta forma, partiendo del objetivo principal de facilitar el desarrollo de unas actitudes de afrontamiento hacia la muerte más positivas por parte del personal sanitario, proponemos trabajar la compasión y autocompasión para relacionarse de forma adecuada con este tipo de situaciones, los sentimientos de culpa, la resiliencia, la gestión del estrés y la ansiedad, y la gratitud. El programa hace uso de la metodología experiencial, poniendo a los participantes en un rol activo, involucrándoles y dinamizando las sesiones. Para poder llevarlo al mayor número de profesionales del ámbito sanitario posibles, el programa se podrá realizar de forma tanto presencial, como semipresencial o telemática.

Referencias

- Acevedo, G. E., Sánchez, J., Farías, M. A., & Fernández, A. R. (2013). Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & Trabajo*, 15(48). <https://doi.org/10.4067/s0718-24492013000300006>
- Ariza, M. R. (2010). El Aprendizaje Experiencial Y Las Nuevas Demandas Formativas. *Revista de Antropología Experimental*, 8.
- Bayat, Z. S., Borhani, F., Nasiri, M., & Mokhtari, P. (2018). Correlation between Nurses' Attitude towards Death and the Quality of Nursing Care to Patients at the End Stages of Life in the ICU: A Systematic Review. *JOURNAL OF RESEARCH IN MEDICAL AND DENTAL SCIENCE*, 6(6).
- Cara Rodríguez, R. (2020). Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene*, 14(1). <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000100007>
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36(6). <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318276924c>
- Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. In *Nurse Education Today* (Vol. 101). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: A cross-sectional and

correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18).
<https://doi.org/10.1111/jocn.12813>

- García-Avendaño, D. J., Ochoa-Estrada, Ma. C., & Briceño-Rodríguez, I. I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*, 15(3). <https://doi.org/10.21676/2389783x.2421>
- Guo, Q., & Zheng, R. (2019). Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.002>
- Kagan, M. (2020). Social Support Moderates the Relationship Between Death Anxiety and Psychological Distress Among Israeli Nurses. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
- Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M. M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., & Hueso-Montoro, C. (2020). Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3). <https://doi.org/10.1111/jnu.12550>
- Vázquez-García, D., Rica-Escuín, M. D. la, Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2019). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*, 93, 0–0.
- Zamora Muñoz, M. J., Priego Valladares, M., van-der Hofstadt Román, C. J., Portilla Sogorb, J., & Rodríguez-Marín, J. (2018). Malestar emocional de pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital general: un estudio piloto. *Medicina Paliativa*, 25(3). <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.03.006>

Fecha de recepción: 21/03/2022

Fecha de revisión: 14/07/2022

Fecha de aceptación: 07/09/2022