

TESIS DOCTORAL

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

ACTITUDES, APTITUDES Y CREENCIAS DE ENFERMERÍA, SOBRE EL FINAL DE LA VIDA Y SU CUIDADO.

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD.

Departamento de Ciencias de la Salud.

Facultad de Ciencias de la Salud.

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA.

Autora: María Osés Zubiri.

Director: Dr. Juan M. Casas Fernández de Tejerina.

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Actitudes, aptitudes y creencias de enfermería, sobre el final de la vida y su cuidado.

Attitudes, skills, and beliefs of nursing, about the end of life and its care.

Autora: MARÍA OSÉS ZUBIRI.

Graduada en Enfermería.

Fdo:

Director: JUAN MANUEL CASAS FERNANDEZ DE TEJERINA.

Profesor Titular de Universidad. Área de Medicina. Universidad Pública de Navarra.

Fdo:

PAMPLONA, marzo 2023

AUTORIZACIÓN

D. Juan Manuel Casas Fernández de Tejerina. Profesor titular del Área Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra, director de la Tesis Doctoral titulada: “ACTITUDES, APTITUDES Y CREENCIAS DE ENFERMERÍA, SOBRE EL FINAL DE LA VIDA Y SU CUIDADO”, realizada por María Osés Zubiri, autoriza la presentación de dicha tesis para su defensa, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto RD 99/2011 de regulación de estudios de doctorado.

Informa que la presente Tesis Doctoral cumple los requisitos necesarios de calidad y originalidad, estando en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente autorización.

En Pamplona a .6 de marzo de 2023.

Fdo:

Juan Manuel Casas Fernández de Tejerina

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a las personas que han colaborado de forma desinteresada en la elaboración de este trabajo.

Por un lado, mi agradecimiento a las/os enfermeras/os que han dedicado parte de su tiempo en participar en el estudio. Por otro lado, a los gestores que me han facilitado el desarrollo del proyecto.

Al Dr. Casas, quien ha coordinado esta investigación, y me ha guiado y orientado siempre para no perder el fundamento del estudio. También, quiero mostrar mi sincero agradecimiento al Dr. Seguel, y al equipo del Instituto de enfermería de la UACH, por su inmensa acogida, y su adorable hospitalidad.

Como no, dedico este trabajo a mi familia, que tanto se ha alegrado al anunciarles que la tarea había llegado a buen fin. En memoria de mi padre, que, con su amor incondicional y sacrificio, ha demostrado siempre creer en mí.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	xiv
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
2. INTRODUCCIÓN	10
2.1 <i>Conceptualización de la muerte y su proceso</i>	10
2.2 <i>La profesión enfermera en la provisión de cuidados paliativos en fin de vida</i>	18
2.2.1 ¿Qué son los cuidados paliativos?.....	18
2.2.2 Cuidados al final de la vida. Enfoque desde la enfermería.....	24
2.2.3 Actitudes de enfermería ante el fin de vida.....	30
2.2.4 Afrontamiento de enfermería ante el fin de vida.....	34
2.2.5 Aptitudes de enfermería ante el fin de vida.....	40
2.2.6 Creencias de enfermería en el fin de vida.....	44
3. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS, Y OBJETIVOS	54
3.1 Justificación e hipótesis.....	54
3.2 Objetivos generales y específicos.....	56
4. MATERIAL Y MÉTODOS	60
4.1 <i>Características de la muestra</i>	60
4.2 <i>Descripción de las variables e instrumentos empleados</i>	64
4.2.1 Variables sociodemográficas.....	64
4.2.2 Metodología basada en Escalas.....	70
4.2.3 Escala del Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM).....	72
4.2.4 Escala de Bugen (BAM).....	76
4.2.5 Escala de K. Frommelt: versión FATCOD-B.....	78

4.2.6.	Escala Short-Post-Critical Belief (S-PCB).....	82
4.3.	<i>Análisis estadístico.</i>	86
4.4.	<i>Fuentes Bibliográficas.</i>	87
5.	RESULTADOS.....	90
5.1.	<i>Resultados de las variables sociodemográficas, de los significados en el concepto de muerte y de las respuestas emocionales relacionadas empleadas en el cuestionario ad hoc.</i>	90
5.1.1	Resultados de las variables sociodemográficas empleadas en el cuestionario ad hoc.	90
5.1.2	Resultados de los significados sobre el concepto de muerte del cuestionario ad hoc.	100
5.1.3.	Resultados de las respuestas emocionales relacionadas con el proceso de muerte empleadas en el cuestionario ad hoc.....	101
5.1.4	Resumen de resultados de las variables sociodemográficas de ambas muestras:.	104
5.2	<i>Resultados del cuestionario perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM)...</i>	106
5.2.1	Análisis de la escala PRAM: correlación interna.	106
5.2.2	Descriptivos de la escala PRAM según el lugar de origen.	107
5.2.3	Relación de las variables sociodemográficas y la escala PRAM.	112
5.3.	<i>Resultados del cuestionario BAM de afrontamiento a la muerte.</i>	136
5.3.1	Análisis de la escala BAM: correlación interna.	136
5.3.2.	Descriptivos de la escala BAM según el lugar de origen.	137
5.3.3	Relación entre las variables demográficas y la escala BAM.....	141
5.4	<i>Resultados del cuestionario FATCOD-B de aptitudes hacia el cuidado del paciente terminal.</i>	158

5.4.1	Análisis de la escala FATCOD-B: correlación interna.....	158
5.4.2	Descriptivos de la escala FATCOD-B según el lugar de origen.	159
5.4.3	Relación de las variables sociodemográficas y la escala FATCOD-B.	163
5.5	<i>Resultados del cuestionario S-PCB de actitudes religiosas.....</i>	<i>180</i>
5.5.1	Análisis de la escala S-PCB: correlación interna.	180
5.5.2	Análisis descriptivo de los ítems de la escala S-PCB.....	181
5.5.3	Relación de las variables sociodemográficas y la escala S-PCB.....	184
5.6	<i>Resultados de correlación entre las escalas empleadas.</i>	<i>204</i>
5.7	<i>Consideraciones generales de los resultados obtenidos de cada escala:.....</i>	<i>210</i>
5.8	<i>Análisis de la percepción subjetiva de estar capacitado emocionalmente y técnicamente para la asistencia de los pacientes en fin de vida y de sus familias en base a las actitudes y aptitudes valoradas por las escalas utilizadas en este estudio.</i>	<i>214</i>
5.8.1	Análisis de la percepción subjetiva de estar capacitado emocionalmente para la asistencia de los pacientes en fin de vida y de sus familias en base.....	216
5.8.2	Análisis de la percepción subjetiva de estar capacitado técnicamente para la asistencia de los pacientes en fin de vida y de sus familias en base.....	222
6.	DISCUSIÓN.....	230
6.1	<i>El concepto de muerte y su contexto en la enfermería.</i>	<i>230</i>
6.2	<i>Escala PRAM de actitudes ante la muerte.</i>	<i>238</i>
6.3	<i>Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (BAM).....</i>	<i>242</i>
6.4	<i>Escala de FATCOD-B de aptitudes ante el cuidado del paciente terminal.</i>	<i>248</i>
6.5	<i>Escala S-PCB de creencias religiosas.</i>	<i>254</i>
6.6	<i>Limitaciones del estudio.</i>	<i>258</i>

6.7	<i>Implicaciones prácticas y proyección de futuro.</i>	258
6.8	<i>Conflicto de intereses.</i>	260
6.9	<i>Financiación.</i>	261
6.10	<i>Responsabilidades éticas.</i>	261
6.11	<i>Agradecimientos.</i>	261
7.	CONCLUSIONES.	264
8.	BIBLIOGRAFIA.	268
9.	ANEXOS.	298
9.1	<i>Anexo 1: Aprobación por sendos comités de ética de ambas regiones para el desarrollo del estudio.</i>	298
9.2	<i>Anexo 2: Introducción/explicación de los objetivos y participación en el estudio.</i>	300
9.3	<i>Anexo 3: Cuestionario de variables sociodemográficas.</i>	301
9.4	<i>Anexo 4: Cuestionario de la escala del perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM).</i>	304
9.5	<i>Anexo 5: Cuestionario de la escala de afrontamiento a la muerte de Bugen (BAM).</i>	307
9.6	<i>Anexo 6: Cuestionario de la escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo de Frommelt-(FATCOD-B).</i>	309
9.7	<i>Anexo 7: Cuestionario de la escala reducida de actitudes religiosas Short-Post Critical Belief de Hutsebaut y col (S-PCBS).</i>	311
9.8	<i>Anexo 8. Actividad investigadora y publicaciones relacionadas con la tesis.</i>	313

ABREVIATURAS



ABREVIATURAS

AA: Algo de acuerdo.

AD: Algo en desacuerdo.

AECPAL: Asociación española de enfermería de cuidados paliativos.

AFR: Afrontamiento.

ALCP: Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.

AM: Afrontamiento de la muerte.

Ambul: Ambulatorio.

BA: Bastante de acuerdo.

BAM: Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte.

Cap: Capítulo.

CHPCA: Asociación Canadiense de Hospicios y Cuidados Paliativos.

Dt: Desviación típica.

EAPC: Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es: Escape.

Et al.: Y colaboradores.

EV: Evitación.

FACT: Factor.

FATCOD-B: Escala de aptitudes hacia el cuidado del paciente terminal.

INVERT: Invertido.

M: Miedo.

Me: Media aritmética.

Med: Mediana.

N: Negativa.

NAV: Navarra.

NB: Neutral-Biológico.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

P: Positiva.

PRAM: Perfil revisado de actitudes hacia la muerte.

R: Reacercamiento.

RAE: Real Academia de la lengua española.

RIC: Rango intercuartil.

R/c: Relacionado con.

SECPAL: Sociedad Española de cuidados paliativos.

S-PCB: Short-Post Critical Belief (Escala reducida de creencias postcríticas).

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIG: Significación.

TA: Total acuerdo.

TD: Totalmente desacuerdo.

VAL: Valdivia.

Vs: Versus.

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

(ABSTRACT AND KEY WORDS)

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

Título: Actitudes, aptitudes y creencias de enfermería sobre el final de la vida y su cuidado.

Resumen:

Introducción: Enfermería asiste a los pacientes en todas las etapas de la vida, desde el diagnóstico de una enfermedad hasta su curación o muerte. El entorno de los cuidados en fin de vida representa un reto para los profesionales de enfermería, que constantemente deben adaptarse tanto social, como culturalmente, a las diferentes necesidades que puedan surgir en los pacientes y en sus familiares.

Objetivo: Analizar las actitudes, aptitudes y creencias sobre el final de la vida y su cuidado, en un grupo de profesionales de enfermería de Navarra (España) y de Valdivia (Chile), a través de los diferentes periodos y escenarios de su actividad laboral (atención especializada y atención primaria), y en función de las diferentes variables socio demográficas porque son descritos (edad, género, estado civil, religión y percepción de competencias técnicas y emocionales).

Metodología: Estudio descriptivo transversal, que ha empleado un muestreo no probabilístico accidental en dos muestras de profesionales de enfermería. Se han empleado diversos cuestionarios previamente estandarizados y validados, como son la escala del Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM), la escala de Afrontamiento hacia la muerte (AM) de Bugen, la escala de Actitudes hacia el cuidado de la muerte de Frommelt (FATCOD-B) y la escala reducida de Creencias Post Críticas de Duriez B, Soenens B y Hutsebaut D (S-PCB).

Resultados: Los profesionales de enfermería de Navarra mostraron mayores niveles de actitud de miedo hacia la muerte con respecto a los de Valdivia ($p < 0,021$), los cuales se diferenciaron por mayores actitudes de reaceramiento ($p < 0,000$) y de escape ($p < 0,008$). Del mismo modo, los participantes de Navarra obtuvieron una puntuación menos favorecedora en el afrontamiento de la muerte en términos generales ($p < 0,019$), así como menores aptitudes para el cuidado del paciente moribundo y su familia de acuerdo con la escala FATCOD-B ($p < 0,020$).

Además, los profesionales de enfermería de Valdivia muestran significativamente posturas religiosas más trascendentales que los profesionales de enfermería de Navarra (S-PCB) ($p < 0,000$), resultando ser más ortodoxos ($p < 0,000$) y con posturas más cercanas a la segunda

ingenuidad (0,000), frente a otras posturas como el relativismo (0,011) y la crítica externa (0,000). En todas las dimensiones de las escalas, se encontraron diferencias significativas de los elementos de análisis en torno a la muerte según la edad, el contexto cultural y religioso y las experiencias previas de muerte, así como en la percepción emocional y técnica para el cuidado de pacientes en fin de vida y el afrontamiento de su muerte. De este modo, a mayor edad, mayor experiencia previa en ceremonias fúnebres en la infancia, el hecho de profesar una religión, o poseer una autopercepción alta sobre el manejo técnico en los cuidados de enfermería al final de la vida, son aspectos que favorecen en el profesional de enfermería, una construcción adecuada sobre el concepto de muerte, así como una provisión asistencial coherente y flexible de cuidados paliativos durante el proceso de fin de vida.

Conclusiones: El personal de enfermería del presente estudio, en base diversos factores sociodemográficos y a sus experiencias, tanto personales como culturales, elabora de manera diversa una serie de actitudes, aptitudes y creencias en torno a la muerte y su proceso. Dichos factores intervienen en la conformación de unos cuidados de enfermería al final de la vida, tanto comunitarios como a nivel hospitalario. Las habilidades que son aprendidas al respecto bien sean tanto emocionales como prácticas, facilitan la atención a personas terminales y a sus familiares, y por ello, su abordaje es necesario entre el colectivo sanitario. De este modo, el presente estudio, recomienda intervenir en aquellas actitudes evitativas de entre los profesionales de la enfermería ante la muerte y su afrontamiento, y considerar la adquisición de actitudes positivas, así como de competencias propias del contexto de los cuidados de fin de vida, que faciliten su calidad y desarrollo. En ese sentido, se sugiere de algún modo fomentar el número de programas de formación de enfermería en cuidados paliativos y en fin de vida, dirigidos bien a nivel de pregrado como de posgrado.

Palabras clave: (DeCS)

- Actitud frente a la muerte
- Afrontamiento
- Atención de enfermería
- Cuidado Terminal
- Competencia cultural
- Cuidados paliativos
- Enfermería
- Espiritualidad
- Religión

Title: Attitudes, skills, and beliefs of nursing, about the end of life and its care.

Abstract:

Introduction: Nursing assists patients in all stages of life, from the diagnosis of a disease to its cure or death. The end-of-life care environment represents a challenge for nursing professionals, who must constantly adapt both socially and culturally to the different needs that may arise in patients and their families.

Objective: To analyse the attitudes, aptitudes and beliefs about the end of life and its care, in a group of nursing professionals from Navarra (Spain) and Valdivia (Chile), through the different periods and scenarios of their work activity (specialized care and primary care), and according to the different socio-demographic variables because they are described (age, gender, marital status, religion and perception of technical and emotional competences).

Methodology: Cross-sectional descriptive study, which has used an accidental non-probabilistic sampling in two samples of nursing professionals. Various previously standardized and validated questionnaires have been used, such as the Death Attitude Revised Profile scale (DAP-R), Bugen's Coping with Death scale, Frommelt's Attitudes Towards Care of dying patients scale (FATCOD-B) and reduced Post-Critical Beliefs scale (S-PCB) by Duriez, Soenens and Hutsebaut.

Results: Nursing professionals from Navarra showed higher levels of attitude of fear towards death compared to those from Valdivia ($p < 0.021$), which were differentiated by higher attitudes of rapprochement ($p < 0.000$) and escape ($p < 0.008$). Similarly, the participants from Navarra obtained a less favourable score in coping with death in general terms ($p < 0.019$), as well as less aptitude for caring for the dying patient and their family according to the FATCOD-B scale ($p < 0.020$). In addition, nursing professionals from Valdivia show significantly more transcendental religious positions than nursing professionals from Navarra (S-PCB) ($p < 0.000$), turning out to be more orthodox ($p < 0.000$) and with a position closer to the second naivete (0.000), compared to other positions such as relativism (0.011) and external criticism (0.000). In all the dimensions of the scales, significant differences were found in items of analysis around death according to age, cultural and religious context, and previous experiences of death, as well as in the emotional perception and technique of caring for end-of-life patients and coping with their death. In this way, older age, greater previous experience in funeral ceremonies in childhood, the fact of professing a religion, or having a high self-perception about technical management in nursing care at the end of life, are aspects that encourage the nursing

professional, an adequate construction on the concept of death, as well as a coherent and flexible provision of palliative care during the end-of-life process.

Conclusions: Nursing personnel, based on sociodemographic factors and their experiences, both personal and cultural, elaborate in a diverse way a series of attitudes, aptitudes and beliefs about death and its process, which intervene in the conformation of nursing care at the end of life, whether at community and hospital level. The skills that are developed in this regard, both emotional and practical, facilitate the care of terminally ill persons and their families, and therefore, their approach is necessary among the health collective. Consequently, the present study recommends intervening in the avoidant attitudes of nursing professionals towards death and coping with it, and considering the acquisition of positive attitudes, as well as specific skills to the context of end-of-life care, which facilitate their development. In this sense, it is suggested to encourage the number of nursing training programs in palliative and end-of-life care, both at the undergraduate and postgraduate levels.

Key words:

- Attitude to Death
- Clinical Competence
- Coping mechanism
- Cultural Competency
- Nursing
- Palliative care
- Religion
- Spirituality
- Terminal Care

2. INTRODUCCIÓN



2. INTRODUCCIÓN.

2.1 Conceptualización de la muerte y su proceso.

Existen diferentes reflexiones asociadas a la historia y la cultura de cada pueblo sobre el concepto de muerte. Así, para algunos, la idea va relacionada a una terrible pérdida física y moral. Para otros, sin embargo, significa el paso a un estado de crecimiento espiritual. Además, hay también quienes opinan que la muerte es un proceso totalmente natural de cese biológico (1).

A continuación, se exponen algunas reflexiones de célebres personajes en torno al concepto de muerte (2) (3) (4) (tabla 1).

Tabla 1. Citas célebres en torno al concepto de muerte.
<i>Duerme con el pensamiento de la muerte y levántate con el pensamiento de que la vida es corta.</i> Proverbio anónimo.
<i>La muerte es algo que no debemos temer porque, mientras somos, la muerte no es y cuando la muerte es, nosotros no somos.</i> Antonio Machado (1875-1939).
<i>La muerte es una vida vivida. La vida es una muerte que viene.</i> Jorge Luis Borges (1899-1986).
<i>No basta con pensar en la muerte, sino que se debe tenerla siempre delante. Entonces la vida se hace más solemne, más importante, más fecunda y alegre.</i> Stefan Zweig (1881-1942).
<i>El día de tu muerte sucederá que, lo que tú posees en este mundo, pasará a manos de otra persona. Pero lo que tú eres será tuyo por siempre.</i> Henry Van Dyke (1852-1933).
<i>La muerte sólo será triste para los que no han pensado en ella.</i> Fénelon (1651-1715).
<i>¿Miedo a la muerte? Uno debe temerle a la vida, no a la muerte.</i> Marlene Dietrich (1901-1992).

Según el diccionario de la Real Academia Española de la lengua (RAE) (5), la muerte se define como el estado de no ser, de terminación de la vida biológica. Si atendemos a parámetros asistenciales ligados a la Medicina y la Enfermería, las características generales de una buena muerte incluyen (6) (7):

- una conciencia objetiva sobre el concepto de muerte, que la relaciona con un cierto nivel de aceptación de cierre del ciclo vital, y con el reconocimiento de unos valores morales y creencias en el individuo que sufre una enfermedad avanzada.
- el control del dolor y el manejo de los síntomas, donde es necesario reconocer el estado de confortabilidad ante la muerte inminente.
- el reconocimiento civil de la dignidad del moribundo, esto es, por un lado, no considerar al enfermo como una carga para su entorno, y, por otro lado, respetar la idoneidad de su muerte, de manera que se genere una adecuada confianza y satisfacción con el equipo de salud.
- la presencia familiar y el apoyo de ésta en su cuidado, para fortalecimiento de las relaciones sociales dentro del proceso de enfermedad y muerte.
- desarrollar una adecuada comunicación entre los proveedores de la salud, la familia y el propio paciente, que albergue aquellas consideraciones encaminadas a proporcionar unos cuidados adaptados en esta fase, teniendo en cuenta además las relacionadas con un legado post mortem oportuno.

En torno a la profundización acerca del concepto de muerte y de su proceso, confluyen diversas disciplinas como la Psicología, la Filosofía y la Teología entre otras (8).

Por un lado, de acuerdo con Colell Brunet (9), las emociones ante la muerte y el proceso de morir están ligadas a términos psicológicos como son la autoeficacia, la competencia percibida, y la inteligencia emocional. El término de autoeficacia o capacidad individual de tener éxito ante una situación particular está ligado a la capacidad de percibir como buenas las competencias

propias requeridas para desarrollar un determinado fin, e, igualmente asociado, al término de inteligencia emocional, o bien a la capacidad para tomar conciencia de nuestras propias emociones ante una circunstancia concreta, bien sea personal o social (10).

Atendiendo de igual modo a parámetros relacionados con la psicología de la muerte, Neimeyer (11) determina que, para un estudio emocional sobre el concepto de muerte, se requiere tener en cuenta tres aspectos fundamentales, como son: el control de la ansiedad que suscita la muerte, el manejo emocional ante la pérdida y el duelo, y por último el desarrollo de intervenciones destinadas a prevenir el suicidio en las situaciones de fin de vida, como por ejemplo en el caso de patologías neurodegenerativas, según se deduce de la revisión realizada por Trejo (12) sobre eutanasia y suicidio asistido.

En este sentido, cabe señalar que, el grado de ansiedad generado ante la muerte, va a depender tanto del estado mental del individuo, como de sus experiencias pasadas. De este modo, de acuerdo a Sevilla y Ferré (13), en su estudio realizado con enfermeras de atención socio sanitaria, la vivencia en torno a la muerte, provoca una conciencia anticipada relacionada con el propio proceso de morir, o con el proceso de muerte de seres queridos (pacientes en este caso), que evoca una gran tensión emocional al respecto, y que repercute además en la construcción personal de esta idea, así como, en la relación laboral (relación de ayuda), de los profesionales de la salud con sus pacientes.

Derivado de todo ello, Limonero (14) señala unas pocas manifestaciones (externas e internas) ocasionadas por el estrés padecido tras atender a enfermos moribundos, como pueden ser: llanto, desinterés, pérdida de esperanza, queja excesiva y desmesurada, mutismo, labilidad emocional, tristeza, fatiga, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, dolores musculares, problemas de sueño, problemas alimentarios, hipertensión, depresión, auto culpabilidad, disminución de la autoestima, incompreensión, conflictos en el trabajo, errores a la hora de tomar decisiones, interferencias en el hogar-trabajo, ira, cólera, irritabilidad, frustración, indefensión, inseguridad, automedicación o abuso de drogas (alcohol y tabaco), etc.

Según este autor, tanto la muerte propia, como la muerte ajena, provocan una serie de sentimientos y significados en los profesionales de enfermería, que se reflejan tanto en la calidad del cuidado al paciente en situación terminal, como en las relaciones generadas con sus familiares y allegados, por lo tanto, en su adaptación personal y laboral al medio (14).

En esta línea de investigación, en relación con el afrontamiento del individuo con respecto a la muerte y su proceso, el autor anteriormente mencionado Neimeyer (15) distingue tres tipos de comportamientos característicos, como son el miedo, la evitación y la aceptación. Los dos primeros comportamientos, son considerados negativos, mientras que el tercero es positivo. La actitud de aceptación, dependiendo de la personalidad y de la cultura propios, puede expresarse igualmente en otras tres posturas, como son, una actitud neutral o conformista hacia la muerte, una actitud religiosa o de creencia de una vida después de la muerte (postura de reaceramiento), y una actitud de escape, en la que el individuo entiende la muerte como una alternativa a una vida llena de dolor y sufrimiento. Estos estados de afrontamiento generados ante la muerte, la anticipación de la propia muerte y la muerte de los demás se engloban en la Tabla 2.

Así mismo, como indican en su investigación García-Viniegras *et al.* (16), durante el transcurso de estos cinco estados emocionales ante la muerte (miedo, evitación, reaceramiento, escape y neutralidad), se favorece de un modo u otro la formación del duelo ante la pérdida. No obstante, según Hilton (17), si la persona padece dicho duelo, manifestando sentimientos de culpa, desesperación, o depresión, puede que no esté experimentando adecuadamente el afrontamiento necesario para ello. En este sentido, en relación con la detección del proceso de duelo ante la muerte (anticipado o patológico), según el estudio realizado por Susaki *et al.*, las fases de aceptación, negación y depresión son las mejor percibidas por los profesionales de enfermería (18).

Tabla 2. Estados de afrontamiento generados ante la muerte, la anticipación de la propia muerte y la vivencia de la muerte de los demás.		
Características definitorias		Tipo de afrontamiento
MIEDO	Ansiedad ante la muerte. Dificultad para vivir una vida plena. Problemas de relación y compromiso con los seres queridos por miedo a una pérdida.	NEGATIVO
EVITACIÓN	No se desarrollan conductas y pensamientos relacionados con la muerte.	NEGATIVO
ACEPTACIÓN	NEUTRAL: no se teme a la muerte ni se le da la bienvenida. Actitud conformista.	POSITIVO
	REACERCAMIENTO: Creencia de una vida después de la muerte.	POSITIVO
	ESCAPE: La muerte como alternativa a una vida llena de dolor y de sufrimiento.	NEGATIVO

En cuanto al significado filosófico-espiritual del concepto de muerte, influyen en éste diversos factores socioculturales como son la edad, el género, el estado civil, el lugar de trabajo la religión, la cultura en relación con la muerte, la calidad de vida en torno a esta etapa, o la satisfacción individual con la propia vida (19) (20). De este modo, en la sociedad actual, de acuerdo con Gala *et al*(21), varios aspectos dificultan un enfrentamiento positivo ante la muerte, como por ejemplo una menor tolerancia a la frustración, una excesiva confianza en el aumento de la esperanza de vida (menor mortalidad aparente), un mayor culto a la juventud, una menor trascendencia y deseo de espiritualidad entre la población, y una menor preparación y educación para la muerte y su proceso, tanto en el núcleo familiar como en el social (escuelas, amigos, trabajo...). El fin de la vida es descrito en nuestra época, como un tiempo de inactividad, donde existe una separación tanto familiar como comunitaria, y donde, de acuerdo con May (22), se da un cese de las responsabilidades civiles cotidianas. Otros autores como Fernández

del Riesgo (23) o Bayes (24), proponen que estas ideas en relación con la muerte y su concepto emergen del entorno cultural de cada sociedad, y de una conciencia tanto individual como colectiva, que depende tanto de un ejercicio intelectual como emotivo, generado al respecto. En este sentido, según propone Laura Sanchís (25) en su investigación, para un adecuado desarrollo conceptual de la muerte en sí misma, es favorable generar un estado de aceptación de la finitud y cierre con respecto al ciclo vital, donde son esenciales para su afrontamiento los aspectos morales y culturales del individuo.

Atendiendo al plano espiritual, la muerte es concebida como un enigma, que siempre lleva a la pregunta sobre el sentido de la vida (26). En cualquier caso, Martínez Hernández (27) contempla no tratar la muerte desde el punto de vista social desde una perspectiva trágica, ya que puede suponer un problema pedagógico de falta de humanización.

El avance de la tecnología y la aparición de los cuidados intensivos, han posibilitado prolongar la vida a pacientes que, de no ser por estos cuidados, morían anticipadamente (28). Debido a ello, se han modificado los límites de la vida y de la muerte y también la forma de morir. En España, según datos de 2015, un tercio de la población fallece en un hospital o centro sanitario (incluyendo geriátricos y residencias de ancianos) lo que ha provocado una ruptura de los lazos sociales y una reducción de los acompañamientos familiares de los moribundos (29). En Europa, más del 50% de los pacientes, prefieren ser atendidos y fallecer en su domicilio, siempre que las circunstancias permitan la elección (30) (31). Hoy en día, las personas que viven en residencias geriátricas a menudo son hospitalizadas innecesariamente, porque la planificación de la atención al final de la vida y la comunicación con los familiares del paciente son inadecuadas (32). Además, cuando acontece la muerte de un ser querido, en determinados contextos, se tiende a eludir el problema trasladando al enfermo a un hospital, generando así una conspiración de silencio (33). Esto puede evitarse de acuerdo con Li *et al* (34). teniendo en cuenta sobre todo el tipo de patología, como por ejemplo entre aquellos que precisen de una atención de fin de vida menos tecnificada.

En todas estas situaciones, repletas de dilemas religiosos, éticos y legales, la familia juega un papel esencial en la toma de decisiones relacionadas con la muerte y su proceso (35). En su mayor parte, de acuerdo con Sarmiento-Medina *et al.* (36), dichas decisiones vienen motivadas por la percepción de unas condiciones poco dignas durante el deterioro progresivo de la enfermedad, un mal control del dolor, mayor abandono al paciente crónico, o un abordaje de medidas innecesarias que contribuyen a posponer el momento de la muerte (encarnizamiento terapéutico).

Tomar decisiones hoy en día con respecto a la muerte puede resultar duro y sacrificado, ya que entran en juego valores morales que deben ser rotundamente tolerantes y ejemplares (37). Por otro lado, según Lora González (38), afrontar este contexto desde el punto de vista profesional, supone tanto un crecimiento personal como espiritual, con respecto de la propia conciencia de la muerte y de su proceso. En relación con el concepto de muerte, la mayoría de los pacientes que se acercan al final de su vida, prefieren morir en su domicilio, en vez de en el ámbito hospitalario (39), tendencia que desde hace unos años se está modificando desde el punto de vista práctico y económico (40). A pesar de ello, se necesitan más esfuerzos para reducir las muertes intrahospitalarias, precisando para ello una mejora en el acceso al cuidado paliativo domiciliario y un mayor incremento de la formación tanto al profesional como al personal cuidador (41).

2.2 La profesión enfermera en la provisión de cuidados paliativos en fin de vida.

2.2.1 ¿Qué son los cuidados paliativos?

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define los cuidados paliativos como "*un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que afrontan problemas asociados con una enfermedad potencialmente mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales*" (42). Los cuidados paliativos se centran así en el paciente de manera individual, aseguran la dignidad, y consideran la muerte como un proceso normal, no intentando acelerarla ni prolongarla. Esta organización, reconoce además que los cuidados paliativos son un problema de salud pública mundial, y esto se refleja en un mayor desarrollo de programas que atienden a pacientes en situación terminal (43). Dichos programas, proveen los servicios más completos y coordinados en este aspecto, y ayudan a los pacientes y a sus familias a resolver los problemas médicos, psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la muerte (44).

Por otro lado, los cuidados paliativos al final de la vida son un tipo de cuidados especializados de apoyo, que se prestan a una persona que está en la fase avanzada de su enfermedad. Se abordan de manera integral y holística, diferentes problemas tanto legales, como financieros, emocionales, espirituales o físicos, que afectan a los propios pacientes, y a sus familiares, incluso, de manera posterior a la pérdida (45). En estas condiciones, de acuerdo con Arrighi *et al.* (46), el objetivo principal de los sistemas de salud debe ser el de proporcionar la mejor calidad de vida posible, sin intentar alargar artificialmente la supervivencia, más allá de lo que se considere razonable, y en función del conocimiento científico actual.

Los especialistas también definen como enfermedad terminal aquella en la que existe un proceso avanzado, incurable, progresivo, sin posibilidades razonables de respuesta a

tratamientos específicos, y con un pronóstico de vida corto (45). Existe hoy en día, una gran variabilidad en la provisión de los cuidados al final de la vida. Dependiendo del lugar donde se provean éstos, fundamentalmente en residencias de ancianos, hospitales convencionales o servicios de atención primaria. También se debe tener en cuenta el tipo de patología que sufre el paciente, así como el nivel de formación que poseen los profesionales sanitarios que se ocupan de su cuidado (47) (48) (49). En base a estos elementos, se muestra la Figura 1, que recoge los principales factores para tener en cuenta en la provisión de los cuidados paliativos.

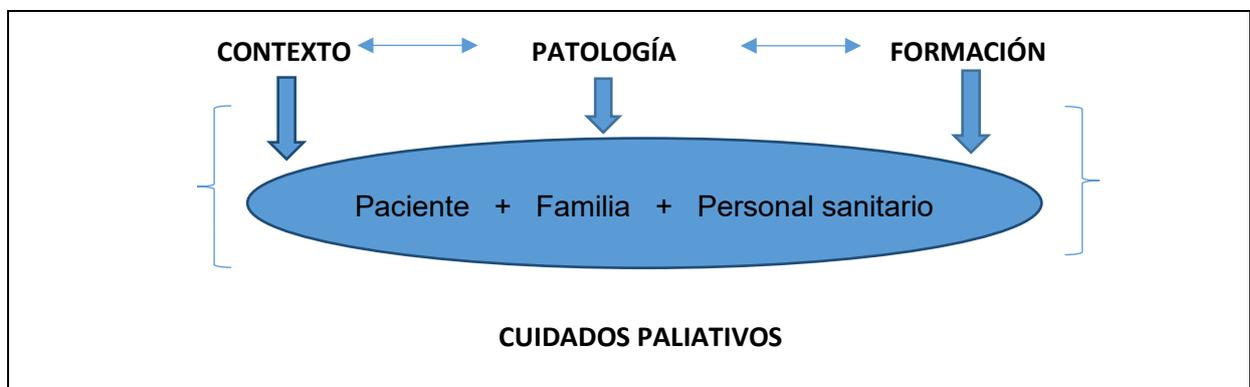


Figura 1. Factores determinantes en la atención del cuidado al final de la vida.

Los estudios demuestran que el empleo de los cuidados paliativos al final de la vida produce una satisfacción y beneficio tanto para la familia y para los cuidadores, como además para el personal sanitario que los atiende (50) (51). Cabe resaltar que históricamente, los servicios paliativos han sido ofrecidos a pacientes terminales de cáncer, y no tanto a los afectados crónicos (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, etc.), debido entre otras causas, a las dificultades en la predicción de la trayectoria de la muerte (52). Desde hace más de una década esta tendencia está variando, influenciada por los cambios en la demografía y en los determinantes en salud a los que nos enfrentamos (53) (54). En el año 2006, McNamara *et al.* (55) propusieron un listado de enfermedades que estimaron subsidiarias de recibir cuidados paliativos. Según los autores, estas enfermedades se agrupan en: cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, insuficiencia

hepática, EPOC, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer, y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). De este modo, la figura 2 muestra gráficamente, según Murray (56) y Lynn (57), la cronología y la evolución a tener en cuenta de las enfermedades crónicas progresivas eventualmente mortales (bien sean de origen oncológico, metabólico o neurodegenerativas).

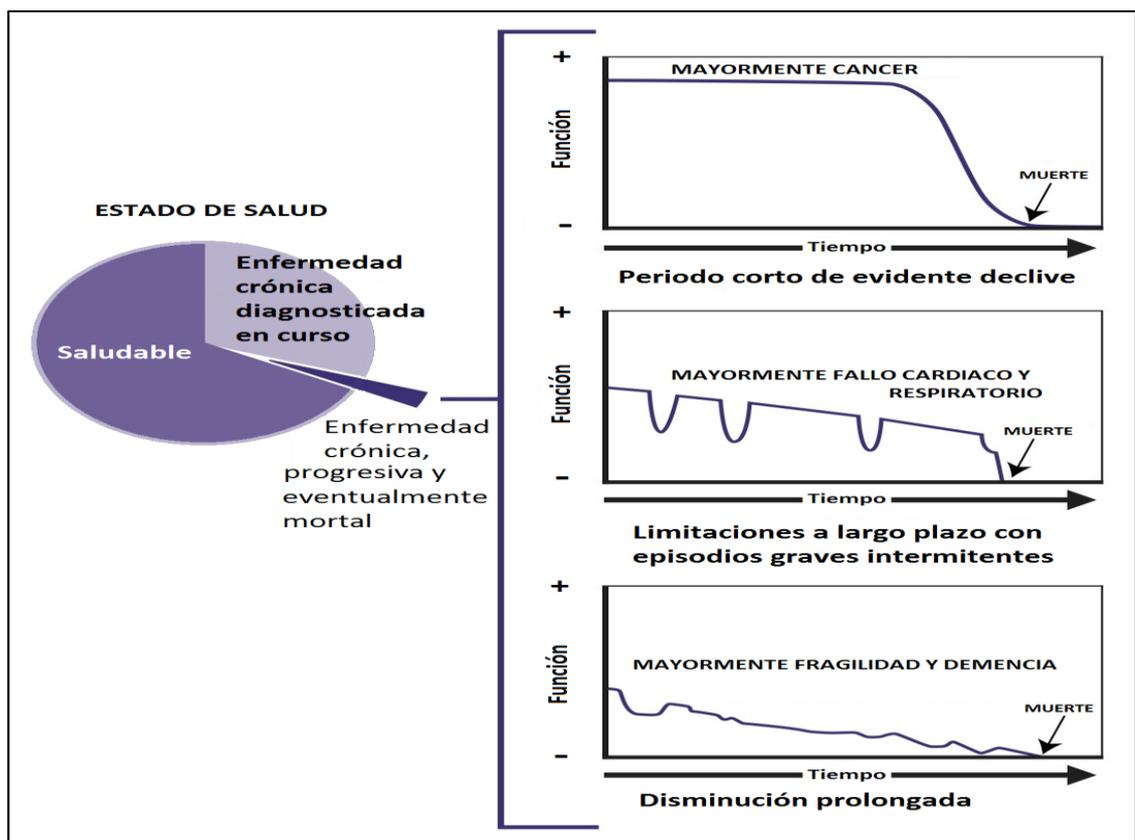


Figura 2. Trayectoria de la enfermedad en patologías crónicas. Con permiso de Rand Corporation.

Por otro lado, los síntomas físicos más comunes que presenta el paciente con cáncer avanzado son dolor, confusión anorexia, fatiga, ansiedad, depresión, disnea, insomnio y náuseas. Así mismo, en la patología crónica y fallo multi orgánico como indican Solano *et al.* (58), el orden de gravedad de los síntomas es el siguiente: disnea, fatiga, dolor, ansiedad, depresión, insomnio, náuseas, estreñimiento y anorexia. Se precisa para la evaluación de estos síntomas,

unas escalas de medida adecuadas a cada situación. La escala Edmonton como proponen en su artículo Khatcheressian *et al.* (59), puede ser una buena herramienta para medir estas circunstancias, por ejemplo.

Muchos de estos síntomas se pueden aliviar con medicamentos, pero también con otros métodos como la terapia nutricional, la fisioterapia o las técnicas de relajación (mediante respiración diafragmática). Además, la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía pueden usarse para reducir el tamaño de los tumores que causan dolor y otros problemas (60). Tomando como referencia las guías de práctica clínica internacionales, en la etapa terminal, el individuo ya no debe recibir tratamientos médicos específicos para su enfermedad (61). En esta etapa, como sugiere Benítez del Rosario (62), cabe diferenciar los cuidados de soporte, de aquellos que se proporcionan ante la evidencia de agonía y muerte próximas.

En este escenario, existe en la literatura el concepto denominado “dolor total” (total pain en inglés) acuñado por Cicely Saunders, que hace referencia no sólo al dolor físico que presentan los pacientes, sino que además incluye el dolor psicológico, social, emocional y espiritual. El alivio óptimo del dolor no es posible si todas las dimensiones de "dolor total" no están cubiertas. Por ello según proponen Mehta y Chan (63), hay que atender las necesidades físicas, psico emocionales, espirituales y sociales, en el individuo que sufre una patología terminal.

La labor de los profesionales es la de identificar a los pacientes que son subsidiarios de cuidados paliativos (64) y, por otro lado, asesorarles adecuadamente para que sepan beneficiarse de un programa de atención adecuado a sus necesidades (65). Según el estudio de Gao *et al.* (66), además de los conocidos grupos de riesgo, como son los individuos que padecen cáncer de origen hematológico, cáncer de pulmón o pacientes que presentan discapacidades, los pacientes solteros, viudos o divorciados, y los mayores de 75 años, son un grupo clave en el que mejorar la atención de cuidados en fin de vida a nivel extrahospitalario.

En este contexto asistencial, como muestra la figura 3, debe desarrollarse un modelo de atención multidisciplinar e integral, que permita abordar las necesidades del paciente en situación terminal a lo largo de su proceso de enfermedad y de muerte (67). Este modelo de carácter multidisciplinar se implementará por todos los profesionales implicados en la resolución de las diferentes necesidades que surjan en cada momento.

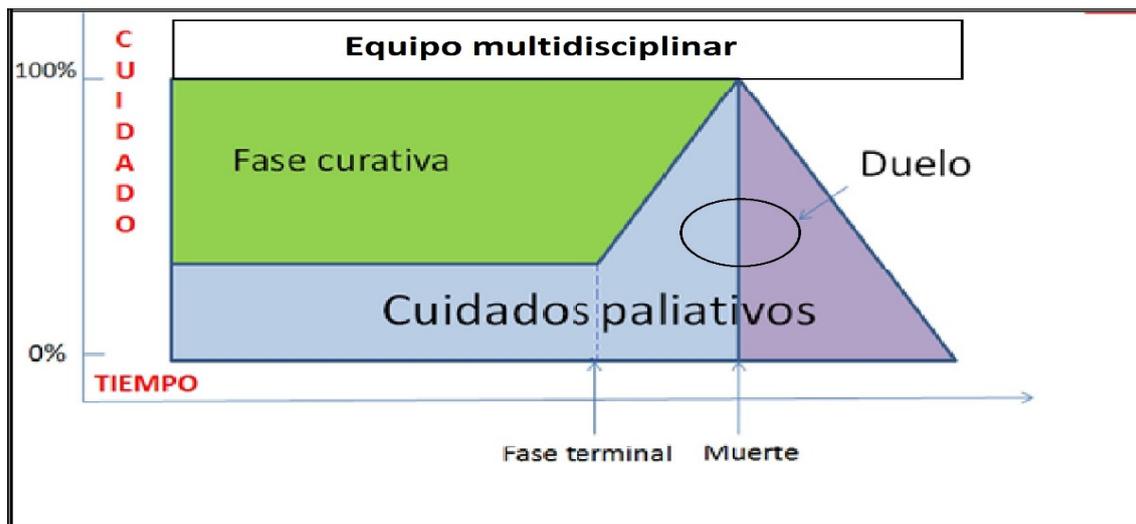


Figura 3. Modelo multidisciplinar de cuidados paliativos.

El equipo multidisciplinar de cuidados paliativos constituye un importante pilar para el desarrollo de este modelo de atención. Normalmente se compone de médicos, enfermeros, profesionales que dan soporte espiritual, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas y voluntarios. Deberán informar y tomar decisiones junto con el paciente y su familia, acerca de los tratamientos que se desea recibir, el lugar donde recibir esos tratamientos, o el tipo de cuidado psicológico y espiritual que se desea recibir (68) (69). Este abordaje, requiere una planificación avanzada y una educación profesional gradual, para garantizar una calidad del cuidado, en las distintas modalidades de atención paliativa, según sea atención especializada, larga estancia, o cuidados en la comunidad (70). Por otro lado, el equipo de atención en cuidados paliativos ha de tener una comunicación excelente tanto con el paciente como con los familiares,

a medida que se vaya presentando el diagnóstico, el pronóstico, las opciones de tratamiento, o las opciones de cuidado consensuadas (71) (72). En este sentido, según argumentan Carmona Berrios *et al.* (73), el equipo de salud sólo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte y su proceso (los sentimientos y la angustia que se viven en relación a ésta), si se disponen claramente de fuentes de apoyo, si se han podido superar satisfactoriamente los propios duelos, y si el profesional de la salud posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés derivado de ello.

Los pacientes con una enfermedad grave, los cuales precisan de consultas sobre cuidados paliativos, deben desarrollar su derecho de autonomía para su cuidado, y colaborar en determinar las prioridades de su tratamiento, por lo tanto, a evitar pruebas y procedimientos innecesarios (74). Debemos tener en cuenta, de acuerdo a Zurriarán (75) , que el sufrimiento ante la muerte puede ser atendido, acompañado y aminorado con un elevado y planificado conjunto de actividades asistenciales, donde los cuidados paliativos, desde una base de atención domiciliaria, son esenciales para cubrir la demanda real asistencial, que subyace en nuestros días.

2.2.2. Cuidados al final de la vida. Enfoque desde la enfermería.

Según la Asociación Canadiense de Hospicios y Cuidados Paliativos (Canadian Hospice of Palliative Care Association-CHPCA) (76) el sentido de la enfermería paliativa y de cuidados al final de la vida, es prevenir y aliviar el sufrimiento, y apoyar lo mejor posible el propósito de vida, tanto de los pacientes como de sus familias en situación terminal. De acuerdo con Wilson, el cuidado de enfermería en situaciones de fin de vida abarca todas las habilidades que una enfermera debe tener, poniendo más énfasis en la perspectiva holística, en cuanto a las necesidades sociales, psicológicas y espirituales que son expresadas (77). Se espera de una enfermera la sensibilidad, el conocimiento y la práctica para el cuidado en una determinada situación, que ha de adquirirse a lo largo de los años, construyendo una importante relación, sobre la base de una “competencia humanística” y un aprendizaje adecuado (78).

Para profundizar en la investigación de enfermería y en la eficacia de los cuidados al final de la vida, se pueden emplear distintas teorías de rango medio, que sirven de guía en la elaboración de los planes de cuidados, como son la teoría del final tranquilo de la vida en el momento de la agonía de Ruland y Moore (79), o la teoría humanística de enfermería de Paterson y Zderad, para el abordaje de la comunicación y la presencia (80). Todas ellas se basan en la Teoría de Sistemas de rango mayor elaborada por Ludwig von Bertalanffy en 1950 (81).

De este modo, como indican Ferrel y Coyle (82), las competencias específicas del currículum de enfermería en Cuidados Paliativos engloban de manera general los siguientes parámetros:

- Manejo del dolor y de los síntomas.
- Preparación para el cuidado en el momento de la muerte
- Herramientas de comunicación
- Manejo de la pérdida y el duelo

- Consideraciones culturales en el cuidado al final de la vida.
- Aspectos éticos y legales al final de la vida.
- Formación y desarrollo profesional
- Atención de calidad al final de la vida

Además de que el alivio del dolor y del sufrimiento es uno de los objetivos dentro de la filosofía profesional enfermera, también es considerado como proponen Sherman *et al.* (83), una responsabilidad dentro de la profesión. Por ejemplo, la valoración efectiva y segura del uso de los opiáceos, tiene un impacto importante en la calidad de vida del paciente. Tanto es así, que el tratamiento analgésico de elección para el dolor disruptivo es la morfina. Según describe la guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (84), para el control del dolor en situaciones terminales, están además indicados el uso de parches tras dérmicos y opioides subcutáneos, cuando los opiáceos por vía oral no son efectivos.

Por otro lado, según el estudio de Oechsle *et al.* (85), la depresión, la ansiedad y el temor son algunos de los problemas que se pueden presentar en los cuidadores de los pacientes moribundos, durante la etapa de transición hacia la muerte. De este modo, el bienestar emocional es el área que más afecta a los pacientes y sus familiares. Éstos pueden expresar miedo, tristeza, y preocupación por su estado de salud, y por ello estos aspectos también, han de ser considerados dentro del plan avanzado de cuidados paliativos de enfermería (86). También la enfermera debe hacer frente a otros pensamientos más concretos que pueden surgir en el paciente terminal, como son la preocupación de abandonar a sus seres queridos y la pérdida de las relaciones personales en general, reflexiones acerca de su legado, o simplemente sobre el desarrollo del propio duelo personal. Estos aspectos relacionados con la comunicación, según indican en su investigación Clayton *et al.* (87), se pueden gestionar mediante la creación de grupos de apoyo, la realización de reuniones familiares, o incluso mediante la consulta a profesionales de salud mental. Manejar estas situaciones es imprescindible, ya que los pacientes

que presentan mayor número de problemas tanto físicos como emocionales, se adhieren menos a su tratamiento, y controlan menos su enfermedad y su salud (88). Los pacientes terminales, además, pueden tener inquietudes financieras o legales, preocupaciones sobre la pérdida del empleo, o sobre su testamento vital (89). En estos casos, la enfermera puede ayudar a coordinar el apoyo profesional con los servicios apropiados, por ejemplo, con la trabajadora social, como proponen Wasner *et al* (90).

Por otro lado, estudios recientes como el realizado por Carey *et al.* (91), evidencian que a pesar de una satisfacción adecuada de los cuidados hospitalarios de enfermería a pacientes al final de la vida, existen algunos aspectos a mejorar, como pueden ser los dirigidos al manejo de la tristeza, a otorgar un mejor confort y aseo personales, proporcionar un mayor apoyo emocional al paciente y a la familia, así como a favorecer el desarrollo conveniente de aspectos no contradictorios relacionados con la comunicación del diagnóstico y la evolución de la enfermedad. En contraposición, la evidencia nos muestra que los cuidados paliativos domiciliarios, además de ser mejor costo-efectivos para el sistema sanitario, aumentan las probabilidades de que los pacientes fallezcan en el lugar elegido (92), y además reducen la carga de los síntomas, en particular entre los pacientes con cáncer, sin repercutir negativamente en la aflicción de sus cuidadores (93).

En torno a este contexto de fin de vida, uno de los aspectos que hay que tener en cuenta en relación con las últimas voluntades, es el deseo de considerar la sedación paliativa (superficial o profunda), incluso para el alivio de síntomas refractarios (esto es, aquellos que no remiten con el tratamiento habitual) como proponen Swart *et al.* (94). La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) define la sedación paliativa como *“el uso controlado de medicamentos destinados a inducir un estado de conciencia disminuido o ausente con el fin de aliviar un sufrimiento que sea intratable de una forma éticamente aceptable para los pacientes, sus familiares y para los profesionales de la salud”* (95). Se suele indicar a pacientes con agitación, disnea o dolor no controlado y a veces, ante un sufrimiento emocional que altera las

necesidades psicológicas y espirituales, pero en la mayoría de las veces requiere de consentimiento informado, tanto para el ámbito hospitalario como domiciliario (96). La sedación paliativa, también se proporciona como complemento a los cuidados básicos proporcionados en situación de últimos días, como pueden ser, la higiene de la boca, la realización de cambios posturales, y el empleo de terapias complementarias (masajes, aromaterapia, arteterapia), etc. (97).

En torno a este tema, según el estudio de Engström *et al.* (98), la sedación paliativa es prescrita en torno a los 4 últimos días de vida, en aproximadamente un 40% de los pacientes a los que se les prescribe. Por otro lado, Seymour *et al.* (99), proponen que los profesionales de la salud tienen en cuenta una serie de recomendaciones a la hora de administrar la sedación paliativa, las cuales se ven afectadas sobre todo ante la mayor o menor voluntad de preservar el estado de conciencia del paciente, o la percepción de que su utilización acelere potencialmente la muerte, considerando en algunos casos la sedación continua como una posible "alternativa" a la eutanasia. Por otro lado, Abarshi *et al.* (100), consideran que un equipo de trabajo poco estructurado en temas de comunicación, conocimiento y habilidades técnicas es negativo para una apropiada implantación del uso adecuado de la sedación paliativa, y supone en ese caso una mayor carga de trabajo en la práctica diaria.

En España, la importancia que se ha venido concediendo a la voluntad y a la autonomía del paciente en la fase final de la vida, ha quedado reflejada a través de la puesta en marcha de diversas estrategias legislativas como el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos¹, el de la comunidad de Aragón², o a través de la *Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte* de Navarra. Estos programas, abordan la regulación de los cuidados al final de la vida desde la triple perspectiva de los ciudadanos,

¹ Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

² Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

contemplando sus derechos, los de los profesionales y las obligaciones de los centros y administraciones socio sanitarias (101).

Estas normas se complementan con la reciente regulación de la eutanasia en España, enmarcada en la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo*, que estima que el ciudadano español pueda solicitar su administración libremente. Ocurre así mismo en otros países de Europa y Estados Unidos, donde el acceso a la eutanasia se ha convertido en un servicio disponible si el individuo, de forma razonable, y previa evaluación por un comité de expertos, decide acabar con su existencia. En la práctica clínica, de acuerdo con el estudio de Emanuel *et al.* (102), se habla entonces de eutanasia o de suicidio médico asistido.

En contextos latinoamericanos como ocurre en Chile, la provisión de cuidados paliativos se realiza en base a la reciente ley promulgada en 2021, de Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Terminales y el Buen Morir³. Esta ley ampara el diseño de planes y programas de cuidados paliativos, adaptados según los recursos disponibles, y en colaboración y mediante el apoyo de instituciones y organizaciones que se encargan de su desarrollo (103). En el caso de la práctica de la eutanasia en Chile, ésta queda penalizada en la actualidad, y la opción de asistencia en cuidados al final de la vida, queda amparado por la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, como medida para limitar los tratamientos innecesarios ante una enfermedad terminal (artículo 16) (104).

Si atendemos el Atlas Global de Cuidados Paliativos y al final de la vida (105), tanto España como Chile, son considerados dentro de los países que poseen de forma preliminar, una red consciente e integrada de servicios de cuidados paliativos para enfermos terminales, con una variedad de recursos humanos y materiales, que provoca un impacto limitado a nivel sociopolítico, a través de una sustancial prospectiva de iniciativas educativas al respecto. Según este informe, el desarrollo activo de una masa crítica de cuidados paliativos en estos países

³ Ley 21.375 de Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Terminales y el Buen Morir.

supone seguir trabajando para alcanzar el nivel avanzado propuesto por organismos internacionales como la OMS, que mejoraría la eficiencia, sostenibilidad y calidad de la prestación de cuidados en este sentido.

2.2.3 Actitudes de enfermería ante el fin de vida.

El fundamento clínico-asistencial en la práctica enfermera, de acuerdo con Gracia (106), busca por un lado la resolución de un problema determinado, y, por otro lado, la concreción de un sistema de gratificaciones, o lo que es lo mismo, la definición de una satisfacción personal tanto de quien aplica (el profesional), como de quien recibe (paciente) unos cuidados determinados.

La actitud es un concepto psicológico que no se estudia aislado, sino que se halla interrelacionado con otros términos como son la motivación, la percepción y la personalidad. Todos ellos, de acuerdo con Aguilar-Sánchez *et al* (107), conducen a una determinada acción o conducta que en cualquier caso podemos determinar que es del tipo afectiva (emocional), cognitiva (inteligencia) y conductual (comportamiento). En base a esto, un estudio de 1994 realizado en España conducido por Valdés Díaz (108), analizó las actitudes ante la muerte de cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, e indicó que éstos últimos, tenían mayor temor con respecto a su propio proceso de morir, que con respecto a la muerte de sus seres queridos.

Por otro lado, la actitud profesional o actitud de equipo, según Watson (109), se define como el *“tipo de conducta o comportamiento que determina una postura, disposición o apariencia en un contexto asistencial determinado, o bien, una manifestación física y emocional observable, que se transforma en acción”*. En este sentido, el cuidado enfermero, hace referencia a la idea moral de la profesión, que asegura que el cuidar no es un mero procedimiento o comportamiento, sino que es un proceso de relación compartido, entre la enfermera y el paciente (110). Así, se puede decir que el cuidado, es una forma de ser o de actuar que podemos determinar que sea positiva o negativa, y que viene influenciada por la actitud profesional (111). También la actitud (profesional), puede considerarse como cierta forma de motivación de carácter social, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica,

de tipo primario, que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas (112). Teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, uno de los factores predictores más significativos para trabajar efectivamente, no es la disposición mayor de recursos materiales o la disposición de una buena estructura organizativa, sino los atributos o las actitudes que emplean los profesionales de la salud, para hacer frente a los problemas asistenciales a los que se enfrentan (113).

Hemos de considerar que, la sintomatología que provoca una enfermedad avanzada origina un fuerte impacto emocional, tanto en los propios enfermos, en sus familiares y amigos, así como en los propios profesionales sanitarios que los atienden (114). Tanto es así que, la ansiedad que provoca la muerte de un paciente en el profesional de enfermería, según recoge el estudio de Peters *et al.* (115), viene influenciada por un lado por la edad, por la religión, por la perspectiva cultural ante el concepto de muerte, por las experiencias pasadas con respecto al trato con pacientes terminales, así como por el nivel de formación que haya recibido sobre cuidados paliativos. En este sentido, según comparten en su estudio Dunn *et al.* (116), las principales actitudes de enfermería en relación al cuidado de personas al final de la vida, dependen por un lado de factores demográficos como la edad, la raza, o la religión, y por otro lado de factores interrelacionados como son la actitud del profesional hacia la muerte, el nivel de educación y formación que posee al respecto, o el tiempo de experiencia como enfermera en contacto con pacientes terminales. Según el esquema de las autoras, las actitudes de enfermería hacia la muerte se describen, en función de las experiencias personales vividas (determinadas por aspectos socioculturales), las experiencias pasadas (relacionadas con su formación en cuidados paliativos) y las experiencias profesionales actuales (en contacto con pacientes terminales y sus familias) (estos conceptos se muestran en la Figura 4).

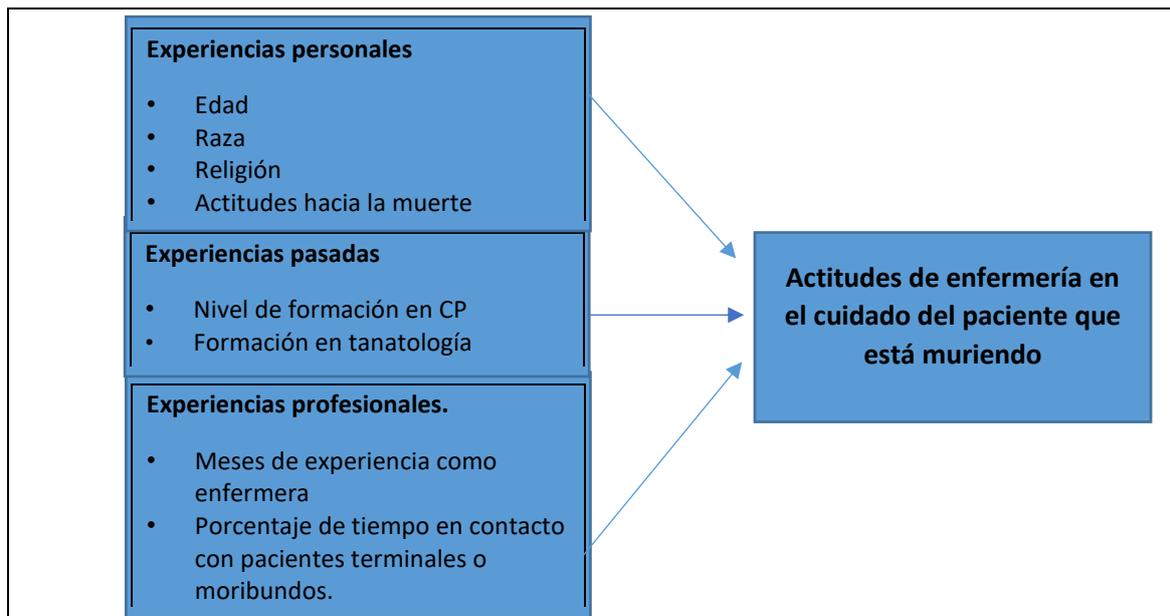


Figura 4. Actitudes de enfermería hacia el cuidado de los pacientes moribundos. Adaptado de *Nursing Experience and the Care of Dying Patients*.

Además de existir una clara evidencia de que la muerte y el morir crean miedo y ansiedad entre los profesionales sanitarios (117), desde hace más de una década que se han aumentado las investigaciones sobre las actitudes de las enfermeras respecto de cómo interpretan vivencialmente la muerte y su proceso, y el impacto que en enfermería provoca dicha situación (118).

Entre el colectivo sanitario, hay estudios que indican que el concepto de muerte puede generar sentimientos negativos de angustia, ansiedad, amenaza, frustración, fracaso, incompetencia, negación o tristeza, mayormente ligados al desarrollo de la conciencia de finitud de la propia vida (119). Por otro lado, una revisión de estudios realizados en enfermeras liderada por Peters *et al.* (120), indica que estos sentimientos son menos exacerbados que en el resto de la población civil, ya que, debido a su experiencia laboral, los profesionales de enfermería suelen encontrarse más frecuentemente ante situaciones próximas a la muerte. Por el contrario, una tesis de corte cualitativa, dirigida por García Caro (121), resalta que, aquellos profesionales de la salud (enfermeros y médicos), que presentan mayores niveles de ansiedad hacia la muerte, generan mayor actitud de evitación hacia ésta. Esto se refleja en una menor empatía, y un menor

apoyo emocional, y repercute en el cuidado al paciente y a sus familiares, por centrarse más su atención en los aspectos médicos y biológicos de la enfermedad, y no tanto en los aspectos emocionales y humanos que se precisa para ello.

Por otro lado, como proponen Braun *et al.* (122), en relación con el estudio de las habilidades para proporcionar cuidados paliativos de calidad, se tienen en cuenta aquellos aspectos relacionados con las experiencias personales vividas, donde la cultura y la religión son importantes detonantes de actitudes que reducen el estrés ante el proceso de muerte. En relación con las experiencias pasadas en cuidados paliativos entre profesionales de enfermería, una revisión sistemática de la literatura liderada por Padrón (123), afirma que el nivel de aprendizaje en las actitudes hacia el cuidado del paciente terminal suele ser progresivo, según se exponen los profesionales a este tipo de situaciones. En este sentido según indica el autor, un mejor apoyo y educación sobre la fase de duelo, puede ser muy útil para desarrollar estrategias positivas para hacer frente a la muerte de los pacientes entre el colectivo sanitario.

Conocer las actitudes de enfermería en este contexto, ayuda a mejorar el conocimiento de la disciplina de los cuidados paliativos, y a validar la importancia del tema en cuestión, además de que elimina temores innecesarios, y cultiva estrategias eficaces, para disminuir el estrés de la experiencia vivida ante la muerte entre el colectivo de enfermería de acuerdo con Johnston (124).

2.2.4 Afrontamiento de enfermería ante el fin de vida.

El término afrontamiento, ampliamente empleado en la literatura, es considerado un fenómeno que incluye aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sobre todo sociales, que son los que mayoritariamente determinan su curso (125). De acuerdo con Henao-Castaño *et al.* (126), afrontar es un proceso consciente e individual que se genera como reacción al estrés, y que se aprende y redefine hacia patrones de comportamiento que generan calma, control y razonabilidad, donde la comunicación juega un papel fundamental. En la práctica enfermera de cuidados paliativos, según Black (127) y Fernández-Fernández *et al.* (128) es más importante centrarse en los beneficios personales del afrontamiento al final de la vida, y no tanto en las propias estrategias técnicas que se desarrollen al respecto, sobre todo, teniendo en cuenta las características culturales que envuelven al profesional. En este sentido, uno de los problemas más recurrentes en relación con el afrontamiento hacia la muerte, entre los profesionales de enfermería, como proponen en su investigación Lledó-Morera y Bosh-Alcaraz (129), se da en la delicada área de los cuidados paliativos pediátricos, donde los profesionales de la salud demandan más formación y entrenamiento interdisciplinar que los apoye.

Es interesante en este punto, considerar el concepto de afrontamiento según proponen Strang *et al.*, como un proceso de tipo cognitivo y conductual, que se desarrolla con el fin de enfrentarse a una determinada situación, bien sea en este caso la muerte propia, la de un individuo, o en el caso de enfermería, la muerte de un paciente al que se cuida en un determinado contexto y servicio de salud (130). En cuanto a las estrategias de afrontamiento que emplean los profesionales de enfermería hacia la muerte, según Zheng *et al.* (131), están influenciadas por factores tanto intrínsecos como extrínsecos al individuo. Entre los primeros, encontramos aquellos relacionados con el autocontrol y la resiliencia, desde la práctica de rutinas diarias de ejercicio físico y autocuidado, el establecimiento de límites emocionales ante los cuidados prestados, o bien una reflexión sobre las experiencias propias de muerte pasadas,

así como la necesidad de exteriorizar y compartir las creencias religiosas y espirituales respecto a la muerte. Por otro lado, los factores extrínsecos son principalmente aquellos que tienen que ver con el trabajo multidisciplinar y el apoyo institucional, mediante, por ejemplo, el desarrollo de manifestaciones grupales de carácter simbólico-cultural-espiritual, la realización de reuniones informativas intragrupo sobre la situación clínica y evolutiva del individuo, o la intensificación de la formación continuada en cuidados paliativos, entre otras.

En el marco de las competencias de enfermería relacionadas con el afrontamiento de la muerte, se pueden emplear, tanto para el contexto clínico, como para el de investigación, los criterios estándar definidos por Ruland y Moore (132) en su teoría de rango medio del *Final tranquilo de la vida*. Las autoras consideran tener en cuenta, aspectos del cuidado enfermero relacionados con el manejo de síntomas físicos como el dolor, el confort, la náusea o la sed, así como con aspectos tanto económicos, éticos, espirituales como emocionales, importantes para el individuo (paz, soledad, esperanza, etc.). Además, de acuerdo con esta teoría, la comunicación es un aspecto clave que distingue la calidad del cuidado al final de la vida, donde los mayores beneficiarios, además del equipo interdisciplinario responsable de su atención, son el individuo y su familia. Por un lado, según sugieren Sullivan *et al.* (133) y Marsac *et al.* (134), la comunicación permite obtener información sobre las necesidades prácticas y emocionales de los pacientes terminales y sus familiares, ya sea que se desarrollen éstas en un contexto de atención de adultos o pediátrico. También una adecuada comunicación, según indica el estudio de Seymour *et al.* (99), da soporte en la toma de decisiones de médicos y enfermeros, para el empleo de medidas de sedación paliativa, sobre todo cuando aparecen síntomas refractarios y de difícil manejo en la clínica del paciente (sufrimiento físico y psicológico). Algunos estudios, como el de Pascual-Fernández (135) y el de Wittenberg *et al.* (136), demuestran la importancia de una comunicación integral y estructurada, en el cuidado del proceso del final de la vida, que contenga tanto un lenguaje verbal y no verbal, y que presente un diálogo proactivo. Según proponen Fuoto y Turner (137), la implementación del modelo de comunicación COMFORT,

puede ser útil para mejorar la autoeficacia, las actitudes, la confianza y la comodidad, en la comunicación de cuidados paliativos, entre los profesionales de enfermería.

Establecer una actitud de diálogo, que permita una relación significativa y auténtica, en uno de los momentos más profundos de la vida, forma parte esencial del fundamento de los cuidados paliativos. Los estudios demuestran que, para los profesionales de enfermería, una comunicación abierta con los pacientes y la familia, así como con otros profesionales de la salud, es parte integral del proceso de afrontamiento de la muerte (138). En este sentido, según proponen Chan *et al.* (139), los malentendidos sobre el pronóstico de los pacientes moribundos suelen estar relacionados con una falta de aclaraciones y asesoramiento al respecto. Y es que, hay que señalar, que los pacientes necesitan obtener una información que genere seguridad y cercanía, por parte de los profesionales de la salud. Por ejemplo, Conley y Burman (140) afirman que, para favorecer ser asertivos y sentirse autosuficientes, los pacientes terminales y sus cuidadores en el ámbito rural, prefieren que se empleen mayor número de indicaciones terapéuticas informales (verbales), además de la requerida información escrita, para satisfacer la mayoría de sus necesidades. En ese caso, para los familiares, es un requisito importante, una comunicación honesta, acerca del estado de salud de sus seres queridos, que les ayude a desarrollar un adecuado afrontamiento, y reducir así las preocupaciones e incertezas sobre el futuro final de su ser querido (141). Cabe puntualizar, que hay estudios como el de Peters *et al.* (142), que indican que para enfermería es más difícil hablar de la muerte con los familiares en la intimidad, que con el propio paciente. Por otro lado, hay que distinguir la diferencia entre el modo de introducir estos temas con pacientes que padecen patologías crónicas, frente a aquellos que padecen cáncer, ya que, de acuerdo con du Couëdic *et al.* (143), existe una asociación cultural, de que el pronóstico de vida a corto plazo es fatal en mayor proporción, en este último grupo de personas, y por ello la comunicación es menos fluida. Además, en cuanto a la experiencia subjetiva de los pacientes oncológicos que presentan una recidiva, García- Vivar *et al.* (144) señalan, que los profesionales de la enfermería refieren peores habilidades

comunicativas al respecto, ya que deben proporcionar mayores dosis de apoyo emocional, no por presentar los pacientes problemas de información, sino por el desánimo ante una pérdida de confianza en el tratamiento, y mayor desesperanza ante la nueva situación presentada.

Además de la importancia de la comunicación en cuidados paliativos, la buena gestión del cuidado al final de la vida aporta calidad en el cuidado del paciente. Y la calidad está relacionada con una satisfacción positiva con los servicios sanitarios dentro del proceso patológico (145). Todo este argumento, deriva en la idea de proporcionar una "buena muerte", esencial para el cuidado al final de la vida. A modo de ejemplo según Pardon *et al.* (146), los pacientes con cáncer (por las diferencias en la evolución de su enfermedad y en la mayor accesibilidad a los servicios de cuidados al final de la vida), suelen considerar menos las decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico, y demandar más peticiones de eutanasia para resolver sus situaciones personales. En este caso, no cabe duda de que la labor de acompañamiento y seguimiento que los profesionales de enfermería pueden brindar a los pacientes al final de la vida, es fundamental para el afrontamiento del duelo (anticipado), tanto de éstos como de sus familiares, según propone en su estudio Martín Rodríguez (147). Por otro lado, Chunyan *et al.* (148), tienen en cuenta determinados aspectos sobre la buena muerte, considerados por los profesionales de la salud, como permitir a los pacientes estar acompañados por sus familiares, proporcionar un ambiente de privacidad e intimidad propios, manejar adecuadamente el dolor y el malestar, conocer y cumplir expresamente los deseos y voluntades últimos del paciente, promover el abandono temprano de tratamientos fútiles y de maniobras de resucitación vital innecesarias, comunicar eficazmente la gravedad de la situación del paciente tanto a la familia, como al equipo de atención médica, e implementar el desarrollo de cuidados avanzados en fin de vida. También se contemplan como positivas, como aportan en su estudio Lang *et al.* (149), las iniciativas de visibilización y educativas, tanto para los profesionales como para el público en general, desde la perspectiva dicotómica social y cultural de la buena muerte. Según la investigación realizada por Beckstrand *et al.* (150), algunas de las barreras que

no favorecen la prestación de una “buena muerte” por parte de los profesionales de la salud, incluyen las limitaciones de tiempo en el lugar de trabajo, la escasez de dotación de personal, las dificultades de intercomunicación, y aquellas decisiones de tratamiento que se basan únicamente en criterios médicos, en lugar de en las necesidades reales de los pacientes que venimos argumentando. Por otro lado, de acuerdo con los estudios de Sosa-Rosas *et al.* (151), y Rodríguez Tello *et al.* (152), ofrecer un cuidado digno del cuerpo a una persona con enfermedad avanzada, y el cuidado posterior del cadáver, una vez que el paciente ha fallecido, sirve de mecanismo de afrontamiento para la propia enfermera, y, además, mejora la satisfacción personal de la familia.

2.2.5 Aptitudes de enfermería ante el fin de vida.

En palabras de la RAE, la aptitud es la *“capacidad y disposición para el buen desempeño o ejercicio de un arte”*. En ese caso, ser *“apto”*, implica rendimiento y/o destreza profesional, y se entiende como una competencia o habilidad profesional, favorecida en cualquier caso por la experiencia y la formación educativa; así, este término se define como *“el carácter o conjunto de condiciones que hacen a una persona especialmente idónea para una función determinada”* (153).

El Estado español, normaliza la profesión de enfermería⁴, y la describe como una actividad especializada de trabajo que *“detenta facultad o capacidad adquirida tras un aprendizaje universitario y que tiene estructura colegial, para brindar un servicio o elaborar un bien”*. Así, el objeto de la profesión enfermera será la dirección, evaluación, y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento, y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, que llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las contenidas en el ordenamiento jurídico y deontológico. Por ello, la Organización Colegial de Enfermería⁵, define al sujeto enfermero como un *“profesional legalmente habilitado y responsable de sus actos profesionales, cuya misión consiste en proporcionar los cuidados propios de su competencia”*.

Del texto extraído del código deontológico de la enfermería española⁶ y en relación con el tema que nos concierne, que son los cuidados paliativos de enfermería en el final de la vida, se extraen las siguientes afirmaciones:

⁴ Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

⁵ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería

⁶ Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de A. T. S

- *la enfermería tiene competencia propia para asumir su responsabilidad ante unos cuidados específicos como son los realizados al final de la vida reconociendo la libertad, igualdad, dignidad y derecho de las personas y sus familias (Cap I. Art. 4 a 8).*
- *la enfermería tiene el deber de dirigirse e informar al enfermo terminal previa valoración física y/o psíquica o en su caso a su familia, que asumirá su potestad, en caso de incomunicación o falta de consentimiento, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión de este para una determinada actuación de cuidado (Cap II. Art. 10 a 13).*
- *los cuidados de enfermería en esta etapa de la vida han de ser proporcionados para mejora del sufrimiento tanto del paciente como de su familia, teniendo presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y evitando realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción (Cap III, Art. 16 y 18).*

Al valorar las aptitudes y competencias de enfermería, entendidas como el conocimiento para gestionar el cuidado al final de la vida, comprendemos que el adecuado manejo de éstas, como indican Gurdogan *et al.* (154), favorece la disminución de la ansiedad entre los profesionales, y mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Cabe señalar en este sentido, que el grado de ansiedad ante la muerte descrita por Şahin *et al.* (155) en estudiantes de enfermería, depende de distintos aspectos como el género, el significado personal de la vida, del equilibrio mental individual, de las experiencias previas de muerte en el entorno familiar y laboral, y del nivel de formación específica en cuidados paliativos, entre otros. Por otro lado, una revisión de la literatura dirigida por Georges *et al.* (156), evidencia que, entre el colectivo de enfermería, se encuentran una serie de dificultades para encarar aquellos aspectos que tienen que ver con la integridad y la autonomía profesional en el cuidado al final de la vida. Con respecto a dicha investigación, se enumeran a propósito una serie de causas que determinan dichas aptitudes como son, la falta de liderazgo en fomentar la toma de decisiones en cuidados

al final de la vida, problemas de comunicación eficaz con los pacientes y la familia y, por último, una mala percepción del sufrimiento de éstos, durante el proceso de enfermedad y de muerte. Investigaciones más recientes, como la de Kim y Hwang (157), o la de Price *et al.* (158), también confirman una preparación y conocimiento escasos por parte del personal de enfermería, en el manejo del cuidado paliativo. De este modo, de acuerdo con Izumi *et al.* (159), resulta una prioridad el desarrollo de criterios de referencia éticos, capaces de entender las responsabilidades colaborativas y propias de la enfermería en este campo, con el fin de asumir y liderar estrategias de cuidados paliativos excelentes y competitivas, que sean acordes a sus diferentes contextos y particularidades clínico-asistenciales.

En los estudios de Patricia Benner (160), sobre la adquisición progresiva de competencias en el profesional de enfermería, la autora define siete dominios o “figuras del cuidado” que van desde ayudante, maestro, promotor del bienestar, gerente de cambio, protector del paciente, colaborador en la toma de decisiones morales y éticas, hasta organizador de la atención de los pacientes. En este sentido, Thacker (161) adapta la teoría de Benner, a la de la provisión de los cuidados paliativos y en fin de vida, dentro del marco de las habilidades avanzadas de “*enfermera asesora*”. De este modo, el autor defiende que un profesional de enfermería debe favorecer adecuadamente la toma de decisiones durante el proceso de enfermedad y muerte. En esta misma línea de estudio, Albers *et al.* (162), defienden que el ámbito laboral y el nivel educativo, son factores determinantes que favorecen las aptitudes de participación de la enfermera para la toma de decisiones en contexto de fin de vida. De este modo, Hebert *et al.* (163), proponen que la mayoría del personal de enfermería está interesado en involucrarse en decisiones al final de la vida, sobre todo en aquellas que tienen que ver con reducir los reingresos hospitalarios, o las relacionadas con los cambios que acontecen durante el diagnóstico y el tratamiento, así como con aquellas decisiones que favorecen la adquisición de habilidades éticas para proporcionar una información veraz al paciente y su familia. Al contrario de lo que puede pensarse, un número significativo de enfermeras se siente mal informada sobre las directrices

legales que pueden ir asociadas a las decisiones al final de la vida, y un número reducido de ellas, según el estudio de Schlegel y Shannon (164), incorporan dichas aptitudes en su práctica clínica de rol avanzado. Así pues, como indican en su estudio Firnhaber *et al.* (165), en el contexto de los cuidados domiciliarios y ambulatorios, las enfermería han de ser más responsables en participar de aquellas decisiones relacionadas con la nutrición y la hidratación de pacientes en fin de vida, por ejemplo.

Para evaluar las aptitudes de enfermería en relación con el cuidado del paciente con enfermedad terminal, encontramos en la literatura varios estudios como el de Morita (166) o el de Watson (167). En este sentido, una de estas investigaciones, llevada a cabo en el contexto español por Edo-Gual *et al.* (168), demuestra que aquellos estudiantes de enfermería que presentan una experiencia previa de muerte, y aquellos que han recibido formación en cuidados paliativos, obtienen mejores puntuaciones en las aptitudes para el cuidado de pacientes terminales. Otros estudios, como el realizado en Suecia por Hensch *et al.* (169), determinan que aquellas enfermeras que presentan más edad, y aquellas con mayor tiempo en contacto con moribundos, presentan mejor idoneidad hacia su cuidado, en comparación con aquellas que trabajan en otros contextos asistenciales. En ese caso, según Frommelt (170), los programas de formación basados en competencias de enfermería al final de la vida deben ir encaminados a fomentar la experiencia como la fuente más potente para favorecer el aprendizaje en el ámbito sanitario.

2.2.6 Creencias de enfermería en el fin de vida.

Durante la existencia conocida del ser humano los sistemas de creencias religiosas han jugado un papel importante en proporcionar un marco de referencia para hacer frente a temas trascendentales, estableciendo una forma positiva de hacer frente a lo inevitable. Por ello, es comprensible que, en las religiones, la muerte sea una parte central de su sistema de creencias (171). En este sentido, de acuerdo con Muñoz Devesa *et al.* (172), la espiritualidad se entiende a grandes rasgos, como una búsqueda del significado de la vida.

En nuestros días, existe una cultura de transición a cerca de la preocupación sobre el destino del alma. Mientras que, por un lado, encontramos aquellos que creen en una vida después de la muerte, otros, como indican Ortega-Jiménez *et al.* (173), están influenciados por un énfasis existencialista, y en contemplar primeramente sus deseos más individualistas. Además, en la sociedad actual, el concepto de muerte, también se ha visto determinado por una influencia naturalista ligada a la ciencia médica, que como sugiere Pérez García (174), se torna hacia una perspectiva meramente biológico-corporal. Así, de acuerdo al estudio de Flynn (175), textos antiguos como el *Libro de las horas* o el *Ars Moriendi*, donde se describen algunos comportamientos más ancestrales relacionados con el manejo y la preparación espiritual ante la muerte, se entremezclan en nuestros días, con la difusión de esquelas impresas en diversos medios de comunicación, el desarrollo de funerales personalizados, así como con páginas web, donde se conmemora y se recuerda al difunto de manera digital.

Como bien remarca Pérez García (174) en su artículo, la relación que se da entre la enfermera y el paciente puede ayudar a determinar las necesidades espirituales de los pacientes con cáncer al final de la vida. Por otro lado, la investigación de Delgado (176), define la necesidad espiritual del paciente terminal, como aquella exigencia de comunicar sus inquietudes espirituales, y la necesidad por parte de los profesionales de mostrar sensibilidad y respeto ante las emociones expresadas, como pueden ser aquellas relacionadas con la realización de

prácticas y ceremonias religiosas. Delgado, también enumera otras necesidades espirituales expresadas, como las manifestadas por los familiares de los pacientes terminales, encaminadas a la demanda de apoyo y acompañamiento ante la soledad, a la búsqueda de su propio significado de vida, y al desarrollo de gestos capaces de proporcionar el espacio, el tiempo y la privacidad adecuados, para hablar sobre el tema de la muerte de sus allegados.

En este sentido, según sugieren Granero-Molina *et al.* (177), los cuidados de enfermería encaminados a cubrir las necesidades espirituales de los pacientes ancianos y sus familiares (asistir a la eucaristía, leer los evangelios o rezar acompañados), proporcionan alivio espiritual y mejoran la capacidad de afrontamiento al final de sus días. En estos pacientes, como refiere dicho estudio, se desarrolla mayor esperanza, mayor sentido de la existencia, mayor sentido de lucha, un mayor deseo de querer ir al cielo después de fallecer, e incluso un menor temor hacia la muerte. Igualmente, un estudio italiano liderado por Vellone *et al.* (178), relata que la “esperanza espiritual”, está asociada positivamente con una mejor calidad de vida, mayor autoestima y superación personal, y con una mejor relación de apoyo por parte de los profesionales de la salud hacia los familiares de los pacientes, sobre la base de una adecuada información recibida. Así mismo, este concepto está negativamente asociado con la aparición de ansiedad, depresión o incluso aburrimiento durante la hospitalización del paciente moribundo. Además, según los autores, el tiempo que sucede desde el diagnóstico, y el estadiaje de la enfermedad con respecto a la mayor o menor certidumbre sobre el diagnóstico definitivo o tratamiento específicos, no se correlaciona en ningún caso con el nivel de esperanza desarrollado, sino más bien con una mayor satisfacción, si se aborda adecuadamente la espiritualidad por parte de los profesionales de la salud.

De este modo, aquellos pacientes que expresan su espiritualidad ligada a una determinada religión son considerados seres espirituales. Así como indica Rivas Flores (179), los que practican la fe, están más arraigados a símbolos religiosos, y los que no la profesan van a

encontrar un significado y propósito diferente, a menudo ligado a la familia, amigos y seres queridos, o a lugares y objetos que representan emotividad para ellos (como fotos, flores frescas, libros, música, etc.). Según Chakraborty *et al.* (180), podemos argumentar que las religiones budistas están menos familiarizadas en proporcionar la eutanasia a sus pacientes o que las religiones católicas, judías o musulmanas, son más cercanas a proporcionar cuidados paliativos en situaciones de fin de vida. Por otro lado, según indica Brazal (181), las exequias y ritos en relación con la muerte están ligados a las creencias religiosas que posee la sociedad en la que acontecen, es decir que son influenciadas culturalmente. Por un lado, los cristianos hacen de los funerales una representación con música, flores e incienso, que es manifestada por una actitud de asociación con la resurrección. La parusía o creencia en la vida eterna es el carácter que tiene para la persona religiosa la muerte corporal y el paso a un estado espiritual. Por otro lado, la desacralización de la muerte, la desvincula de toda religiosidad.

Tanto en el hospital, como en el hogar o en las instituciones de larga estancia, las enfermeras deben estar involucradas en el cuidado espiritual, del paciente y de la familia (182). Según Underwood (183) y Yablonsky (184), en relación con las necesidades espirituales del paciente terminal, es necesario comprender por parte de los profesionales de la salud, su nivel de trascendencia personal, entendida como la conciencia o conexión individual del individuo con la religión, con sus creencias y con el sentido espiritual que se posee. En este sentido, en palabras de Morillo Martín (185), la cualidad de sentirse "religioso" se refiere a la auto identificación con un grupo de personas que comparten un conjunto común de creencias y prácticas, mientras que la cualidad de ser "espiritual" se refiere a las experiencias de vida personales ligadas a lo trascendente, lo divino o lo sagrado. De este modo, la medida empírica tanto de la religiosidad como de la espiritualidad según de Diego Cordero *et al.* (186), conduce a la capacidad de desarrollar actitudes, conductas, prácticas e intervenciones que conducen a los profesionales de enfermería, a mejoras para el individuo terminal, desde el punto de vista más humanas.

En tanto la enfermedad progresa, según Leerning *et al.* (187), la falta de salud física en el individuo puede eclipsar su estado mental, social y existencial. El sufrimiento, bien sea espiritual o no, entendido como vivencia íntima y personal, está forjado a través de elaboradas asociaciones mentales basadas en experiencias, comportamientos, creencias, expectativas personales, emociones, y todo un mundo de factores inconscientes que lo modulan (188). Como muestran García-Alandete y Hernández-Jiménez (189), cuando los pacientes y sus familiares reciben un diagnóstico de enfermedad terminal, éstos suelen buscar con más profundidad el significado existencial de sus vidas, desde un plano más bien espiritual, esto es, desde la búsqueda de una finalidad, donde el perdón, el amor y su relación con los demás, la esperanza y la fe religiosa, son términos para tener en cuenta para atender su padecer. Una revisión sistemática de la literatura encabezada por Best *et al.* (190), evidencia la presencia de distintos elementos que pueden medirse en el paciente con cáncer de forma psicométrica relacionados con la dimensión espiritual, como son, además del sufrimiento propiamente dicho, la desmoralización, la esperanza, el bienestar espiritual, la calidad de vida espiritual, la coherencia con el propósito de vida, la dignidad, la trascendencia, la paz y la fe.

En este sentido, una enfermera experta en cuidados paliativos junto con otros profesionales de la salud y demás profesionales que se dedican al soporte religioso (capellanes, sacerdotes, etc.), puede ayudar al paciente y a su familia a afrontar mejor su proceso de muerte, a través de la integración de conductas y valores filosófico-espirituales en la planificación de su cuidado. Así pues, según el texto de Ferrel y Coyle (82), la atención espiritual de calidad requiere inicialmente de una conciencia profunda sobre la importancia de la situación, y de desarrollar además actitudes en el profesional de la salud, relacionadas con la compasión, la escucha activa, la presencia y la autenticidad.

En el área de los cuidados paliativos en fin de vida, de acuerdo con Koenig (191), la consideración de los aspectos religiosos y de las creencias, así como de los aspectos físicos, psicológicos y sociales, puede ayudar a mejorar la adaptación de los pacientes y de los

profesionales ante el proceso de muerte. De este modo, numerosos estudios cualitativos consideran que la fe es esencial para mejorar el modo en cómo nos enfrentamos a la muerte. Siguiendo los modelos enfermeros de adaptación de Callista Roy, un estudio realizado a profesionales de enfermería determinó que es esencial contemplar la fe religiosa de éstos, desde un punto de vista práctico, individual y flexible, para ayudar a mejorar la relación enfermero-paciente, y a determinar mejor sus necesidades espirituales (177). Es fundamental, en este punto, como indican Jaul *et al.* (192), indagar sobre qué pensamientos o creencias religiosas posee el individuo, sobre todo para facilitar la toma de decisiones y preferencias en el tratamiento médico y en las órdenes de no reanimación, por ejemplo. Por otro lado, incorporar la atención espiritual en las decisiones al final de la vida por parte del equipo médico, puede minimizar la aplicación de tratamientos excesivos o fútiles, destacando que la atención espiritual es un componente clave entre las pautas de atención médica de cuidados al final de la vida (193). Por una falta de formación y de entrenamiento, y una escasez de sugerencias sobre como tratar los aspectos espirituales en los distintos ámbitos asistenciales, estos temas no son considerados normalmente una prioridad dentro del plan de cuidados de enfermería, como resaltan Balboni *et al.* (194) en su estudio. Otros estudios realizados sobre la provisión de cuidado espiritual por parte de enfermeros y médicos en el contexto del final de la vida demuestran que, en realidad, un porcentaje alto de profesionales, proveen menos atención espiritual del que desearían (195). Ello es debido principalmente a problemas de privacidad o de falta de tiempo, o también a una falta de asociación con su rol profesional, o simplemente, por no considerarse ellos mismos como seres espirituales. A pesar de ello, como indican Abrão *et al* (196), facilitar las representaciones de la religiosidad tenidas en cuenta en los cuidados de enfermería en situaciones de fin de vida, otorgan mayor valor a las creencias de los profesionales acerca de la muerte, y su significado, y permiten desarrollar mejores mecanismos de afrontamiento en este sentido.

En la evaluación de las características personales ligadas a la religión, los autores Hutsebaut *et al* (197) y Duriez *et al.* (198), investigan sobre el grado de creencia en Dios (grado de trascendencia espiritual) y sobre los componentes de rigidez/flexibilidad con respecto a la religión (grado de literalidad frente a lo espiritual). Así pues, de acuerdo con Dezutter *et al* (199), los comportamientos religiosos están basados en un modelo de cuadrantes descrito por Wulff, que proporciona un marco teórico para estudiar la relación entre la religiosidad y la actitud hacia la muerte en un contexto sociocultural secularizado (figura 5). Siguiendo este modelo, de acuerdo con Hutsbaut (200) , las cuatro posturas religiosas que pueden adoptarse frente a la muerte son la ortodoxia, la crítica externa, el relativismo o la segunda ingenuidad.

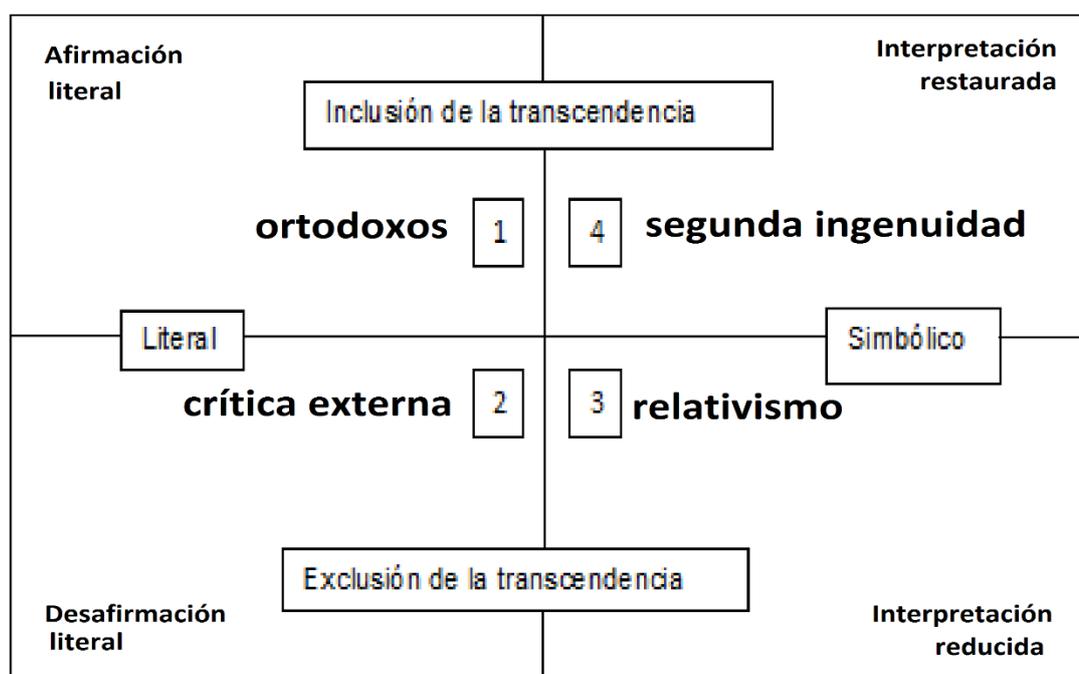


Figura 5: Actitudes religiosas según recoge la escala PCB.

La postura radical u ortodoxa es típica de individuos que se definen a ellos mismos como religiosos, ya que interpretan los contenidos religiosos de manera rígida, cerrada y dogmática, según las tradiciones particulares (200). Los que adoptan una postura de segunda ingenuidad, también se definen a ellos mismos como religiosos, adoptando posturas más abiertas y tolerantes. Además, asumen que la mayoría de las interpretaciones de los contenidos religiosos

son posibles y tratan de buscar una explicación racional para desarrollar un sentido y significado personal específicos. Las personas con una actitud de Crítica Externa rechazan la posibilidad de una realidad religiosa basada en estrictos y literales argumentos. Por último, las personas que mantienen una actitud de Relativismo se definen a sí mismas como no religiosas (agnósticas). Son menos juiciosas y cerradas hacia la religión en comparación con los que tienen una actitud de Crítica Externa. Por otro lado, aquellos que se definen como Relativistas, consideran la religión como un camino entre otros para dar significado a la vida, y también respetan la elección de otros individuos, pero no necesitan de la religiosidad para la búsqueda de un significado espiritual personal.

Siguiendo con el mismo esquema (figura 5), de acuerdo con Duriez *et al.* (201), el modo en que la religión es procesada por el individuo puede definirse igualmente en los siguientes términos:

- *Afirmación literal*: relacionada con un enfoque fundamentalista más cercano al conservadurismo. Se da una afirmación literal y objetiva de la religión. Característico de personas con prejuicios y bajo nivel cognitivo. Poca habilidad para adaptarse debido a la rigidez de sus posturas.
- *Desafirmación literal*: relacionada con aquellos individuos que no aceptan ni la realidad religiosa ni su simbolismo. Es más característico del pensamiento científico y racional.
- *Afirmación simbólica* (Interpretación restaurada): relacionada con una afirmación de la existencia de Dios, pero que sin embargo se centra en un lenguaje simbólico para interpretar su significado. Tiene que ver con los estudios realizados por Freud, Nietzsche y Marx, dirigidos hacia la búsqueda de un significado más subjetivo y personal de la fe.
- *Desafirmación simbólica*: (Interpretación reducida): relacionada por rechazar con gran peso la existencia de la religión. Sin embargo, reconoce la importancia de los mitos y los

rituales religiosos como referencias simbólicas, ligadas a la cultura. Esta postura tiene que ver con la interpretación de la hermenéutica moderna que coincide según Ricoeur, con la aceptación de los símbolos religiosos, la idolatría y la ilusión de la religión. Pueden tener una personalidad compleja, socialmente sensible, introspectiva, relativamente sin prejuicios y original.

3.JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



3. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS, Y OBJETIVOS.

3.1 Justificación e hipótesis.

El profesional de enfermería percibe de distinta manera el concepto de muerte y su proceso. Para los profesionales de enfermería, la clave para un correcto manejo de los cuidados al final de la vida es tener una adecuada conciencia de muerte, además de saber controlar los síntomas, y, por último, tener en cuenta la autonomía del cuidado, tanto del paciente como de la familia.

Por otro lado, el profesional de enfermería expresa una serie de actitudes, aptitudes y creencias en relación con el cuidado del paciente al final de la vida según su contexto profesional y personal. Al considerar las actitudes y las competencias tanto técnicas como culturales, que un enfermero/a debe manejar en el cuidado al final de la vida, debemos tener en cuenta la presencia de una alta carga emocional asociada al proceso de duelo y muerte, que el profesional experimenta en función de sus características sociodemográficas, entre ellas la edad, su experiencia y dominio en cuidados paliativos, la cultura, la religión y sus ritos, o las experiencias previas de muerte. Por otro lado, existe una variabilidad de valores filosófico- religiosos en el profesional de enfermería en relación con el cuidado del paciente terminal dependiendo de su contexto social y cultural. Además de las necesidades técnicas de las que se precisa disponer, entran en juego otros componentes de carácter espiritual más profundos e intelectualmente más abstractos que son tenidos en cuenta como habilidades culturalmente tolerantes en entornos más o menos secularizados de nuestra sociedad.

Existen diferentes escalas que permiten aproximarse a una valoración de las actitudes, aptitudes y estrategias de afrontamiento, respecto del fin de vida, en profesionales sanitarios, así como sobre las características de su religiosidad. Partiendo de estas valoraciones, podemos determinar la posible influencia de éstas en la percepción subjetiva emocional y técnica, para

prestar cuidados en circunstancias de fin de vida. La aplicación de estas escalas en los profesionales de enfermería nos permitirá delimitar estas circunstancias y también conocer cómo éstas se relacionan con su entorno sociocultural y familiar. Como proyección de futuro, en caso de detectar dichas escalas, reacciones emocionales disfuncionales o susceptibles de serlo, podrán servir para planificar el desarrollo de recursos de apoyo y formación a distintos niveles, que permitan afrontar con mayor estabilidad emocional, las situaciones en las que ineludiblemente los profesionales de enfermería han de prestar cuidados en entornos del fin de vida. Se ha realizado este estudio en dos muestras de profesionales de enfermería, que comparten idioma, formación universitaria estandarizada y entornos sociales y culturales semejantes, pero geográficamente muy alejadas, no tanto para evaluar para valorar disimilitudes y des concordancias de estos hallazgos, sino para comparar sus similitudes. Según esto, el sustento bibliográfico desarrollado en esta investigación demuestra que existe en nuestro entorno una escasez en cuanto al estudio, abordaje e implicaciones del tema en cuestión. Por lo tanto, la construcción de conocimiento en este sentido está ampliamente justificada.

Entendemos que por ello surgen en nuestro estudio las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las actitudes de enfermería ante la muerte?
2. ¿Cuáles son las aptitudes de enfermería ante la muerte?
3. ¿Cuáles son las actitudes religiosas de enfermería ante la muerte?
4. ¿Cuáles son los factores psicosociales y demográficos que explican las actitudes, aptitudes y creencias, que el profesional de enfermería desarrolla en relación con la muerte y su proceso, y respecto al cuidado técnico y emocional que presta al paciente y a su familia en la fase final de la vida?

3.2 Objetivos generales y específicos.

Objetivos generales:

1. Valorar las actitudes del profesional de enfermería hacia la muerte mediante la aplicación de la escala PRAM (Perfil revisado de actitudes frente a la muerte).

2. Valorar las características de afrontamiento de la muerte propia y de la de otros, por parte del profesional de enfermería, mediante la aplicación de la escala BAM (Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen).

3. Valorar las aptitudes subjetivas del profesional de enfermería para el cuidado del paciente en fase de fin de vida y de su familia, en estas circunstancias, mediante la aplicación de la escala FATCOD (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying-Escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo de Frommelt).

4. Valorar la actitud de creencia religiosa en los profesionales de enfermería, valorada mediante la escala Short PCB (Escala reducida de Creencias Postcríticas de Duriez, Fontaine y Hustebaut).

Objetivos específicos:

5. Valorar la influencia de estos parámetros en profesionales de enfermería, de dos entornos socioculturales y geográficos distintos (Navarra y Valdivia).

6. Valorar la posible asociación de los parámetros valorados en las escalas empleadas, respecto de la percepción subjetiva del profesional de enfermería, en su preparación emocional y técnica, para la asistencia de pacientes en fin de vida.

4. METODOLOGÍA



4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Características de la muestra.

La presente investigación, de tipo descriptivo observacional transversal, y analítico, emplea una muestra de conveniencia no probabilística accidental o consecutiva, formada por profesionales de enfermería de la provincia de Navarra (España), y la provincia de Valdivia (región de Los Ríos-Chile). Los datos se han recogido por el investigador principal según la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos participantes, de septiembre de 2014 a enero de 2015 en Navarra y de marzo a junio de 2015 en Chile.

El estudio ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Pública de Navarra, y el Comité de Ética de Investigación del Servicio de Salud de Valdivia, respectivamente, quienes han otorgado al estudio un carácter investigador, no dirigido a población vulnerable (anexo 1). Además, según el lugar de origen, se ha contactado previamente con las direcciones de enfermería y jefaturas de unidad de los centros sanitarios integrados en el estudio, con el objetivo de informar y de obtener el visto bueno para el desarrollo del estudio.

Como criterios de elegibilidad para participar en el estudio, se ha determinado que los encuestados fueran enfermeras/os en activo, procedentes bien del ámbito laboral hospitalario (un total de 41 unidades médicas y quirúrgicas de 2 hospitales comarcales) o bien ambulatorio (un total de 28 centros de salud) del sistema sanitario público de ambos territorios (tabla 3).

Tabla 3. Relación de unidades clínicas y centros de salud que han participado en el estudio.	
CENTROS HOSPITALARIOS	CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA	CENTROS DE SALUD DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD
-Centro de consultas externas Príncipe de Viana -Unidades Generales de Hospitalización A y B: Neumología, Geriátrica, Infecciosos, Neurología, Cardiología, Digestivo, Medicina Interna, Cirugía Vascular, Psiquiatría, Cirugía General, Oncología y Hematología. -Hospital de día de Oncología -Hemodiálisis -Urgencias de adultos y pediatría -Unidades de maternidad y ginecología.	<u>Área de Pamplona:</u> Ansoáin, Azpilagaña, Barañain I, Barañain II, Berriozar, Burlada, Buztintzuri, Casco Viejo, Chantrea, Echavacoiz, Ermitagaña, Huarte, II Ensanche, Iturrama, Mendillorri, Milagrosa, Orkoien, Rochapea, San Jorge, Sarriguren, San Juan, Villava, Zizur. <u>Área de Tudela:</u> Tudela Este y Tudela Oeste.
HOSPITAL BASE DE VALDIVIA	CENTROS DE ATENCIÓN FAMILIAR (CESFAM) DE VALDIVIA
Unidades de Hemodiálisis, Oncología, Cirugía, Unidad de Intermedios, Medicina Interna, Neonatología, Urgencias, Uci pediátrica y adultos, Traumatología, Pediatría, Psiquiatría y Neurología.	Centro de salud Dr. Sabat, Centro de salud Consultorio Externo Centro de salud de Niebla.

La participación en el estudio ha sido voluntaria y anónima, ofreciéndose información y un consentimiento implícito adjunto al cuestionario (Anexo 2). En el caso de Navarra los profesionales han ostentado el título de diplomados en enfermería (202), y en el caso de Valdivia, el título de licenciados en enfermería (203), lo equivalente a tres y cinco años de estudios universitarios en cada caso.

Para la recogida de los datos de la muestra de Chile, se ha realizado una estancia de tres meses en la provincia de Valdivia (Región de Los Ríos) gracias a una beca de movilidad de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado (AUIP). La universidad de acogida ha sido la Universidad Austral de Chile (UACH), con sede en Valdivia, quien ha colaborado y supervisado el desarrollo del proyecto a través del Instituto de Enfermería de dicha universidad.

Procedimentalmente, el investigador principal ha entregado el mismo cuestionario en ambas regiones, para ser contestado de manera individual (auto administrado) y en cada lugar de trabajo, donde se ha recogido posteriormente en sobre cerrado, después de un margen de tiempo de dos semanas. Se ha estimado un tiempo aproximado de 20-30 minutos para su total cumplimentación. Igualmente, se ha preservado y garantizado el anonimato en todo momento, ya que los sobres han sido abiertos en grupos de 50 en 50.

Dada la inexistencia de estimaciones de referencia con las que comparar, y el carácter exploratorio descriptivo del estudio, se han estimado empíricamente unas muestras iniciales de 500 participantes en Navarra, y de 200 en Valdivia. Finalmente se han entregado un total de 700 cuestionarios, de los cuales 325 se han cumplimentado en Navarra y 114 en Valdivia, obteniendo una participación del 62,7 % (tabla 4). Por otro lado, se han desestimado un 5% de los cuestionarios recogidos por encontrarse incompletos

MUESTRA		TOTAL	LOS RIOS	NAVARRA
DATOS r/c MUESTRA ENFERMERÍA	Habitantes región	-	384.837	659.232
	Enfermeras / 100000 hab	-	244,5 ⁷	868,5 ⁸
	Total Enfermeras	6666	941	5725
	Nivel Confianza	0,95	0,95	0,95
INICIAL (100%)	Encuestas entregadas	700	200	500
	Margen error %	3,5	6,15	4,19
FINAL (62,7 %)	Encuestas recogidas	439	114	325
	Margen error %	4,52	8,61	5,28

⁷ INFORME SOBRE BRECHAS DE PERSONAL DE SALUD POR SERVICIO DE SALUD. Ministerio de Salud Chile. Santiago, 30 de abril de 2017. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brech-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf

⁸ Tasa de Enfermeros por 100.000 habitantes por Comunidades y Ciudades autónomas de colegiación y situación laboral. Profesionales sanitarios colegiados 2017. INE. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2017/l0/&file=s08006.px&L=0>

7. Laboratorios centrales y radiodiagnóstico
8. Consultas externas de asistencia especializada
9. Asistencia sanitaria de pacientes psiquiátricos
10. Asistencia sanitaria en urgencias
11. Asistencia sanitaria en cuidados paliativos
12. Asistencia sanitaria en atención primaria
13. Hospitalización de media-larga estancia/crónicos y geriatría

Posteriormente, para facilitar el manejo de los datos, estas 13 variables se han reagrupado en dos subgrupos formando la variable “**lugar de trabajo**”:

- “**hospitalización**” (compuesto por los grupos del 1 al 11)
 - “**ambulatorio**” (compuesto por los grupos 12 y 13)
- Variable “**composición familiar**” compuesta por los grupos:
- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. vive en pareja sin hijos | 4. vive con sus padres |
| 2. vive en pareja con dos hijos | 5. vive sola/o -soltera/o |
| 3. vive en pareja con más de dos hijos | 6. vive sola/o – viuda, separada |
| | 7. otras composiciones familiares |

Posteriormente, estas 7 variables se han reagrupado en dos subgrupos:

- “**pareja con/sin hijos**” (grupos del 1 al 3)
 - “**otras situaciones familiares**” (grupos del 4 al 7).
- Variable “**tiene hijos**”: SI/NO.
- Variable “**vive solo/a**”: SI/NO.

- Variable **“lugar de residencia habitual”**:
 1. población < 5000 habitantes.
 2. población de entre 5000 a 20000 habitantes.
 3. población de entre 20000 a 100000 habitantes.
 4. población de > 100000 habitantes.

Estas 4 variables se han agrupado en los siguientes subgrupos:

- **“población < 5000 habitantes”** (ámbito propiamente rural compuesto por el grupo 1).
- **“población >5000 habitantes”** (ámbito propiamente urbano compuesto por los grupos del 2 al 4).

- Variable **“profesa una religión”**: SI/NO.
- Variable **“qué religión profesa”**: católica, protestante, ortodoxa, otra religión no cristiana y religión oriental (hindú/budista).
- Variable **“nivel de participación en ritos religiosos”**:

1. todos los días	5. sólo en fiestas religiosas
2. más de una vez por semana	especiales
3. una vez por semana	6. con una frecuencia inferior a las
4. al menos una vez al mes	descritas previamente
	7. nunca.

Así mismo, estas variables se han reagrupado en dos subgrupos:

- **“al menos una vez por semana o más”** (grupos del 1 al 3)
- **“una vez por mes o menos”** (grupos del 4 al 7).

- Variable **“en su niñez asistía a funerales en la infancia”**: SI/NO.

- Variable **“ha sufrido la pérdida de un familiar muy próximo o ser querido”**: SI/NO.
- Variable **“preparación emocional para cuidar a pacientes en fin de vida”**:
 1. total desacuerdo
 2. bastante en desacuerdo
 3. algo de desacuerdo
 4. valoración indecisa o neutral
 5. algo de acuerdo
 6. bastante de acuerdo
 7. total acuerdo

Igualmente, estas variables se han reagrupado en dos subgrupos:

- **“desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo”** (compuesto por los grupos del 1 al 5).
- **“bastante o total acuerdo”** (grupos del 6 al 7)

- Variable **“preparación técnica para cuidar a pacientes en fin de vida”**:
 1. total desacuerdo
 2. bastante en desacuerdo
 3. algo de desacuerdo
 4. valoración indecisa o neutral
 5. algo de acuerdo
 6. bastante de acuerdo
 7. total acuerdo

Además, estas variables se han reagrupado en dos subgrupos:

- **“desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo”** (grupos del 1 al 5).
- **“bastante o total acuerdo”** (grupos 6 y 7)

- Variable **“significado de la muerte como:**
 - **“algo natural” SI/NO**
 - **“algo horrible SI/NO**
 - **“la liberación del género humano SI/NO**
 - **“el final de todo SI/NO**
 - **“el paso a otro género de vida SI/NO**
 - **“el paso al estado espiritual perfecto SI/NO**
 - **“el comienzo de algo desconocido SI/NO**
 - **“otras opciones SI/NO**

- Variable **“respuesta emocional relacionada con el proceso de muerte”:**
 - **“la risa” SI/NO**
 - **“la irritabilidad” SI/NO**
 - **“la culpabilidad” SI/NO**
 - **“la impotencia” SI/NO**
 - **“el llanto” SI/NO**
 - **“la tranquilidad” SI/NO**
 - **“la ansiedad” SI/NO**
 - **“el sosiego” SI/NO**
 - **“la indiferencia” SI/NO**
 - **“el cólera” SI/NO**
 - **“el alivio” SI/NO**
 - **“la decepción” SI/NO**
 - **“otras respuestas emocionales frente a la muerte” SI/NO**

4.2.2 Metodología basada en Escalas.

Para la realización del estudio se han utilizado cuatro escalas que miden diferentes aspectos relacionados con el proceso del cuidado a pacientes en proceso de fin de vida y a sus familiares.

Se trata de escalas dirigidas a la valoración de las actitudes, afrontamiento, aptitudes y creencias religiosas de los partícipes de la muestra de enfermeros. Con esta finalidad, se han empleado las escalas PRAM (Perfil revisado de actitudes hacia la muerte), la escala de Bugen (Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen), la escala FATCOD-B (Actitudes hacia el cuidado al final de la vida de Frommelt), y la escala PCBS (Shortened PostCritical Belief Scale), dirigida a la valoración de las creencias religiosas.

Todas estas escalas han sido validadas al castellano en poblaciones similares a las de este estudio. Obviamente, su similitud no implica identidad completa, que será difícil de lograr, incluso si ambos estudios se hubieran realizado restringidos únicamente a España o Chile, dada la amplitud y diversidad territorial de ambos países. Este aspecto, se ha asumido como una limitación del estudio y así se ha incluido en ese apartado. No obstante, se ha tenido en cuenta que, la realidad que se pretende valorar es bastante próxima a la representada por las escalas, ya que la complejidad de las preguntas es muy pequeña y abordable por los entornos socioculturales de ambos países. Especialmente es representativa en este grupo profesional (que ha desarrollado estudios universitarios previos), en la formulación de los ítems que hacen referencia su actividad profesional, ya que no se está encuestando a la población general en la cual pudiera haber una gran diversidad cultural o de conocimientos. Respecto de la validez de apariencia (lógica), ésta ha sido constatada a través de la opinión tanto de los participantes de la escala, como por los investigadores, valorando su aceptabilidad respecto de lo que se pretende medir y la pertinencia y comprensión de los ítems seleccionados, para este entorno profesional.

4.2.3. Escala del Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM).

Para valorar las actitudes hacia la muerte en los profesionales de enfermería, se ha empleado la escala del Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM) (Anexo 4) de los autores Wong, Reker y Gesser. Para su empleo en el presente estudio se ha contactado con uno de los autores, Wong, quien ha otorgado su uso para fines de investigación.

Esta escala ha sido validada y traducida al castellano por Schmidt Rio Valle (204) y por Sáez et al (205), por ello, se ha mantenido la metodología inicial de la escala PRAM en nuestro estudio. Ha sido validada al castellano, si bien pudieran subyacer diferencias socioculturales entre las submuestras del estudio (Valdivia y Navarra), éstas se han asumido como una limitación del estudio. No obstante, se ha valorado una aceptable validez de apariencia (literal) para ella, como se expuso en el apartado anterior, en este grupo profesional que ha desarrollado estudios universitarios previos similares, y los ítems referencian su actividad profesional. El instrumento está formado por 32 enunciados tipo Likert de 1 a 7 puntos (desde total acuerdo a total desacuerdo) que se reducen en 5 dimensiones factoriales. Para cada dimensión factorial se ha calculado una puntuación media, dividiendo la puntuación total obtenida entre el número de ítems que la integran (tablas 4 a y 4b).

Tabla 4.a) Dimensiones factoriales de la escala PRAM.	
Actitud de miedo (M)	Actitud negativa, con miedo, hacia la muerte. Compuesta por los ítems 1, 2, 7,18, 20, 21 y 32.
Actitud de evitación a la muerte (Ev).	Simboliza pensamientos que eluden pensar o hablar de la muerte con la intención de reducir la ansiedad. Compuesta por los ítems 3, 10, 12, 19 y 26.
Actitud de reaceramiento (R).	Actitud positiva que refleja la creencia de una vida feliz después de la muerte. Compuesta por los ítems 4, 8, 13,15, 16, 22, 25, 27, 28 y 31.
Actitud de escape (Es).	Actitud positiva que considera a la muerte como una alternativa a una vida llena de sufrimiento y miseria. Compuesta por los ítems 5, 9, 11, 23 y 29.
Actitud neutral-biológica (N).	Actitud que interpreta la muerte como parte integral de la vida. Compuesta por los ítems 6,14, 17, 24 y 30.

ACTITUDES	ITEMS																																TOTAL	MEDIA	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32			
Miedo	■	■					■											■		■	■											■		Suma	Suma/7
Evitacion			■							■		■							■							■								Suma	Suma/5
Reaceramiento				■				■			■			■								■			■		■						■	Suma	Suma/10
Escape					■				■		■												■						■					Suma	Suma/5
Neutral						■							■				■							■						■			Suma	Suma/5	

Tabla 4.b) Distribución correspondiente a los ítems que componen cada factor de la escala PRAM.

Al igual como se ha realizado en el estudio de Loueiro (206), se han comparado las cifras del análisis de fiabilidad del presente estudio mediante el Alfa de Cronbach, con respecto a las de la versión original de Wong, Reker y Gesser de 1994 (207), y además con las del estudio de validación de Schmidt Rio-Valle (204), donde se alcanzaron valores situados entre 0,69 y 0,93 respectivamente (tabla 5). El análisis de fiabilidad de

la escala de PRAM mediante el Alfa-Cronbach aprecia unos valores globales de la escala buenos para la muestra total, así como para las poblaciones de Navarra y de Valdivia, si bien, cuando se analiza de forma específica aquellos ítem que tienen que ver con la actitud “neutral-biológico” el valor del Alfa de Cronbach está por debajo de 0,5, lo cual supone una limitación para el estudio. Valor disminuido generalizadamente en la actitud “neutral biológica” que verosímilmente esté relacionado con el reducido número de ítems que delimitan esta actitud.

Escala PRAM	Nº de ítems	Estudio de Wong	Estudio de Schmidt Rio-Valle	Estudio propio		
				Global	Navarra	Valdivia
Total ítems	32	0.90	0.886	0.873	0.874	0.849
Reacercamiento (R)	10	0.97	0.930	0.947	0.946	0.892
Miedo (M)	7	0.86	0.830	0.836	0.805	0.849
Evitación (Ev)	5	0.88	0.900	0.881	0.918	0.897
Escape (Es)	5	0.84	0.810	0.804	0.804	0.803
Neutral-biológico NB	5	0.65	0.690	0.590	0.644	0.375

(*) Recomendaciones seguidas para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach (208): coeficiente alfa >0.9 es excelente, coeficiente alfa >0.8 es bueno, coeficiente alfa >0.7 es aceptable, coeficiente alfa >0.6 es cuestionable, coeficiente alfa >0.5 es pobre y coeficiente alfa <0.5 es inaceptable.

4.2.4. Escala de Bugen (BAM).

Para valorar el nivel de afrontamiento hacia la muerte, se ha empleado en el presente estudio la escala de Bugen traducida y validada al castellano por Schmidt Rio-Valle (Anexo 5) (204). Dicho instrumento no posee derechos de autor, y puede ser empleado para fines de investigación libremente. Ha sido validada al castellano, si bien pudieran subyacer diferencias socioculturales entre las submuestras del estudio (Valdivia y Navarra), éstas se han asumido como una limitación del estudio. No obstante, se ha valorado una aceptable validez de apariencia (literal) para ella, como se expuso en el apartado de metodología, en este grupo profesional que ha desarrollado estudios universitarios previos similares, y los ítems referencian su actividad profesional.

La escala comprende 30 ítems tipo Likert, que puntúan desde 1 totalmente en desacuerdo, a 7 totalmente de acuerdo. Su contenido, según Salvador (209), analiza aspectos relacionados con la planificación del funeral, la comunicación en el final de la vida, pensamientos sobre la propia muerte, o sobre la muerte de seres queridos, entre otros. Como indica este autor en su investigación, 9 de los ítems están relacionados con el afrontamiento de la propia muerte (ítems 2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 20 y 21) y 6 de ellos con el afrontamiento de la muerte de los demás (ítems 6, 22, 23, 25, 26 y 29), aspectos éstos importantes a considerar ante el afrontamiento de la muerte y su proceso (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los ítems de la escala de BAM según el afrontamiento de la propia muerte y la de otros.

		ITEMS																													
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Afrontamiento propia muerte																															
Afrontamiento de la muerte de otros																															

El rango de puntuación total de la escala puede oscilar entre 30 (mínimo) y 210 puntos (máximo), considerándose, que, por encima de 120, el nivel de afrontamiento hacia la muerte es adecuado. Para el cálculo del valor medio del total de la escala, se han invertido los ítems 13 y 24 como indica Robbins (210) haciendo referencia al instrumento original.

Se ha realizado un análisis de fiabilidad, mediante la consistencia interna del instrumento obteniendo una buena fiabilidad para ambas muestras del estudio por encima de 0.8 como indica la tabla 7. El coeficiente α de Cronbach fue de 0,893 en Navarra y 0,897 en Valdivia, en comparación al realizado por Schmidt en estudiantes de enfermería de España y Cuba (0,824) (211).

Tabla 7. Análisis de fiabilidad de la escala BAM (*).			
BAM	TOTAL (439)	Navarra (325)	Valdivia (114)
Escala BAM total (30 ítems)	0.894	0,891	0,899
BAM-Afrontamiento de la muerte propia (9 ítems)	0.762	0.762	0.768
BAM-Afrontamiento de la muerte de otros (6 ítems)	0.785	0,795	0.769

(*) Las recomendaciones para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach son las siguientes (6): coeficiente alfa >0.9 es excelente, coeficiente alfa >0.8 es bueno, coeficiente alfa >0.7 es aceptable, coeficiente alfa >0.6 es cuestionable, coeficiente alfa >0.5 es pobre y coeficiente alfa <0.5 es inaceptable.

La eliminación de los ítems 1, 13 y 24 como proponen en su estudio Galiana *et al* (212) y Pérez de la Cruz respectivamente (213), mejora ligeramente la consistencia interna tanto en Navarra (α de Cronbach 0,901 excluyendo el ítem 1; 0,899 excluyendo el ítem 13 y 0,897 excluyendo el ítem 24; como en Valdivia, α de Cronbach 0,907 excluyendo el ítem 1; 0,900 excluyendo el ítem 13 y 0,905 excluyendo el ítem 24). Debido a no mejorar llamativamente la fiabilidad del instrumento, se ha mantenido la versión íntegra de 30 ítems, de acuerdo con la tesis defendida por Schmidt Rio Valle (201).

Por otro lado, según proponen recientemente Forte y Rodrigues (214), y como indicaba anteriormente el estudio de Brysiewicz *et al* (215), el empleo de la escala BAM sirve, además para evaluar el nivel de competencias adquirido en el profesional sanitario, tras un periodo de formación en cuidados paliativos.

4.2.5. Escala de K. Frommelt: versión FATCOD-B.

En este apartado se emplea la escala de actitudes hacia el cuidado al paciente terminal, denominada escala FATCOD-B (Anexo 6), diseñada inicialmente por K. Frommelt en 1991 (167). La escala ha sido recientemente validada culturalmente en el contexto español por los autores Herrero *et al* (216). Se pidió el consentimiento a la autora Karen Frommelt para la utilización de la escala en nuestro estudio.

Este instrumento está dirigido a personas cuidadoras (no familiares) de diferentes disciplinas (profesionales o no profesionales), y los enunciados, según indican Leombruni *et al* (217), versan de forma variada sobre las creencias acerca de los cuidados al final de la vida, sobre la autonomía personal y la toma de decisiones tanto del paciente como de su familia, sobre la implicación emocional del cuidador ante la experiencia del cuidado al paciente terminal, sobre la inclusión de la familia en el cuidado, e incluso sobre aspectos relacionados con el manejo del dolor, entre otros. Entre los enunciados, si bien pudieran subyacer diferencias socioculturales entre las submuestras del estudio (Valdivia y Navarra), éstas se han asumido como una limitación del estudio. No obstante, se han desarrollado estudios universitarios previos similares, y los ítems referencian las competencias y actividad profesional representadas entre la muestra estudiada.

Se compone de 30 elementos, 15 de ellos positivos y 15 negativos, de tipo Likert con valores que oscilan entre 1 punto (totalmente en desacuerdo) a 5 puntos (totalmente de acuerdo) respectivamente. El rango de puntuación que se puede obtener oscila entre 30 a 150 puntos, y según Bailey y Hewison (218), los resultados de menos de 60 puntos indican aptitudes muy negativas para el cuidado de pacientes en situación terminal. Mientras dos tercios de los enunciados versan sobre las aptitudes hacia el *cuidado del paciente*, el otro tercio se centra en percepciones que versan sobre el *cuidado familiar al moribundo*.

La escala se ha empleado en múltiples contextos como Japón (FATCOD-J) (219), Estados Unidos (218), España (FATCOD-S) (168) (220), Italia (FATCOD-I) (217) y Suecia (169) confirmándose en todos ellos, sus propiedades psicométricas, así como sus aplicaciones para la práctica clínica.

La validez interna y la fiabilidad del instrumento demostrado por la autora K. Frommelt, indicó una validez de contenido de 1.0 y un Coeficiente de correlación de Pearson de 0.98. (167). Según el modelo de análisis de componentes principales propuesto por Nakai *et al.* (221), la escala obtuvo una consistencia

interna de 0.85. En dicho estudio, los autores agrupan los elementos del cuestionario en dos factores (221) (tabla 8):

- *Factor I*, relacionado con la percepción de las aptitudes positivas hacia el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, compuesto por los elementos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 26, 29 y 30.
- *Factor II*, que describe la percepción de los cuidados centrados en el paciente terminal y su familia y está compuesto por los elementos 4, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 28). Por no mejorar la consistencia interna, los autores proponían además eliminar el ítem 10 del cuestionario (“En ocasiones la muerte es bien recibida por el moribundo”).

Tabla 8. Distribución de los ítems de la escala FATCOD-B de acuerdo a los grupos factor I y factor II.

		ÍTEM																													
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Pos o Neg		P	P	N	P	N	N	N	N	N	P	N	P	N	N	N	P	N	P	N	P	P	P	P	P	P	N	P	N	N	P
Factor 1																															
Factor 2																															
Nota: P=Positivo; N=Negativo																															

Por otro lado, la validación del instrumento realizada por Mastroianni *et al*, en el contexto italiano, obtiene cuatro factores denominados: “*compromiso emocional*”, “*percepciones sobre los cuidados al final de la vida*”, “*percepciones sobre los límites de los profesionales en los cuidados al final de la vida*”, y “*creencias y emociones sobre el proceso de morir*”. El mismo estudio, ha mostrado un alfa de Cronbach aceptable de 0.68, que ha oscilado entre 0.72 y 0.11 respectivamente (222). Por último, en el estudio realizado por Henoch *et al*. con estudiantes de enfermería suecos, el valor de la consistencia interna mediante alfa de Cronbach fue bajo, de 0.506 (169).

Para presentar los resultados de la escala en el presente estudio, se ha seguido el modelo de agrupación propuesto por Nakai, sobre los Factores I y II, eliminándose el enunciado 10 como proponen (“*en ocasiones la muerte es bien recibida por el moribundo*”). En el estudio de la validación de la escala en el contexto español los autores Edo-Gual *et al* (223), también proponen el empleo de este modelo, como uno de los que más se adaptan a nuestro contexto.

Por otro lado, el análisis de fiabilidad de la escala mediante el Alfa de Cronbach se compara con el obtenido por Schmidt (201), respecto de aquellos valores con significado positivo y negativo, y también con respecto de los factores 1 y 2 descritos por Nakai obtenidos en nuestro estudio (tabla 9). Los valores del Alfa de Cronbach por debajo de 0,5 son considerados pobres o inaceptables, lo cual pueden suponer una limitación para el estudio.

Tabla 9. Análisis de fiabilidad de la escala FATCOD-				
FATCOD-B	Estudio Schmidt	GLOBAL (439)	NAVARRA (325)	VALDIVIA (114)
Escala total FATCOD-B (30 ítems)	0.894	0,782	0,784	0,784
Variables positivas (15 ítems)	-	0,719	0,745	0,534
Variables negativas (15 ítems)	-	0,738	0,709	0,796
FACTOR 1 (16 ítems)		0,746	0,728	0,788
FACTOR 2 (13 ítems)		0,696	0,717	0,559

(*) Las recomendaciones para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach son las siguientes (6): coeficiente alfa >0.9 es excelente, coeficiente alfa >0.8 es bueno, coeficiente alfa >0.7 es aceptable, coeficiente alfa >0.6 es cuestionable, coeficiente alfa >0.5 es pobre y coeficiente alfa <0.5 es inaceptable.

4.2.6. Escala Short-Post-Critical Belief (S-PCB).

En este apartado se emplea la escala Short-Post-Critical Belief (S-PCB) de los autores Duriez, Fontaine y Hutsebaut (2003, en su versión reducida, traducida y validada al castellano por Muñoz (224) (Anexo 7). En nuestro estudio se ha contado con la autorización del Dr. Hutsebaut para la reproducción del instrumento con fines de investigación. Ha sido validada al castellano, si bien pudieran subyacer diferencias socioculturales entre las submuestras del estudio (Valdivia y Navarra), éstas se han asumido como una limitación del estudio. No obstante, se ha valorado una aceptable validez de apariencia (literal) para ella, como se expuso en el apartado de metodología, en este grupo profesional que ha desarrollado estudios universitarios previos similares, y los ítems referencian aspectos religiosos universales en el entorno cristiano tendente al secularismo.

Esta escala mide el sistema de creencias de los participantes desde una perspectiva religiosa. Dicho de otro modo, desde el enfoque cristiano, tendente al secularismo en la actualidad, la escala sirve para indagar sobre qué valores religiosos son predominantes en los profesionales de enfermería. El instrumento consta de 18 enunciados, dispuestos en una escala de valoración tipo Likert de 1 a 7 puntos (desde total acuerdo a total desacuerdo). Además, los ítems se definen en cuatro actitudes que se pueden adoptar con respecto a la religión, según el modelo de inclusión-exclusión de la trascendencia y de interpretación simbólico-literal de Wulff (1991) (225). El modelo formulado por Wulff identifica un espacio bidimensional cruzado por dos ejes fundamentales, el eje de la *inclusión* versus (*vs*) *exclusión* de la trascendencia (vertical), y el que representa *literalidad vs simbolismo* de los contenidos religiosos (horizontal). Por un lado, el eje vertical se relaciona con el grado en el que los aspectos identificados por los ítems brindan explícitamente la participación de una realidad trascendente e inherente a ellos. Por otro lado, el eje horizontal se refiere a la interpretación personal de los aspectos identificados por los ítems, respecto de los hechos religiosos, ya de forma bien *literal* o simbólica. Se definen estos aspectos de forma más gráfica en la figura 6:

Dimensión 2	CRÍTICA EXTERNA Exclusión Literal	Relativismo Exclusión Simbólica
	Inclusión Literal ORTODOXIA	Inclusión Simbólica SEGUNDA INGENUIDAD
	Dimensión 1	

Figura 6 Dimensiones de la PCBS según el modelo heurístico de Wulff (1997)
 Fuente: Duriez, et al. (2002).

Así, las dimensiones definidas respecto de esta escala, como se muestran en la figura 6, son:

- 1) **Creencia literal u ortodoxa.** Alto nivel de Inclusión vs. Exclusión y alto nivel de Literalidad vs. Simbolismo. Representado por los ítems 2, 5, 8, 10 y 15.
- 2) **Crítica Externa o desafirmación literal.** Bajo nivel de Inclusión vs. Exclusión y alto nivel de Literalidad vs. Simbolismo. Representado por los ítems 3, 11, 12, 17 y 18.
- 3) **Segunda ingenuidad o afirmación simbólica.** Alto nivel de Inclusión vs. Exclusión y bajo nivel de Literalidad vs. Simbolismo. Representado por los ítems 1, 4, 7, y 16.
- 4) **Relativismo o desafirmación simbólica.** Bajo nivel de Inclusión vs. Exclusión y de Literalidad vs. Simbolismo. Representado por los ítems 6, 9, 13 y 14.

Tabla 10. Distribución de las dimensiones de la escala S-PCB según orodoxia, segunda ingenuidad, relativismo y crítica externa.

		ITEMS																	
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Dimensión de: ORTODOXIA																			
Dimensión de: SEGUNDA INGENUIDAD																			
Dimensión de: RELATIVISMO																			
Dimensión de: CRITICA EXTERNA																			

Con respecto a la escala original de 33 ítems, la escala reducida de 18 ítems presenta una alta correlación mediante el método multivariante de Procrustes Ortogonal ($r's > 0.90$), según indica el estudio realizado por Duriez (198). La escala demuestra además una estructura interna estable y replicable a través de varios estudios dirigidos por Duriez *et al* (200) (226), mediante un Alfa de Cronbach de 0.83. El análisis de fiabilidad de la escala reducida, mediante el α de Cronbach en nuestro contexto, ha obtenido una fiabilidad pobre, cercana a 0.5 en ambos conjuntos de muestras, como muestra la tabla 11, lo que puede suponer una limitación del estudio para tener en cuenta.

Tabla 11. Análisis de fiabilidad de la escala S-PCB (*)				
S-PCB	N.º de elementos	Navarra	Valdivia	GLOBAL
α de Cronbach	18	0,504	0,436	0,471

(*) Las recomendaciones para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach son las siguientes (208): coeficiente alfa >0.9 es excelente, coeficiente alfa >0.8 es bueno, coeficiente alfa >0.7 es aceptable, coeficiente alfa >0.6 es cuestionable, coeficiente alfa >0.5 es pobre y coeficiente alfa <0.5 es inaceptable.

4.3. Análisis estadístico.

Se han evaluado las variables cuantitativas determinando sus indicadores de tendencia central y dispersión, así como su ajuste a una distribución paramétrica mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En relación con el pequeño tamaño de algunos subgrupos de las variables de la muestra, así como su significativa diferencia respecto a una distribución normal en algunas de ellas, se optó por la utilización de pruebas no paramétricas (test de Mann-Whitney, test de Kruskal-Wallis y correlación de Spearman). Se han mantenido indicadores de la tendencia central y dispersión de ambos tipos de distribuciones, ya que, si bien existían subgrupos de variables con escaso número de valores, en otros grupos, el número superaba ampliamente las 100 observaciones.

Se estimaron frecuencias para las variables que así lo requirieron, fundamentalmente sociodemográficas. Para contrastar estas variables entre sí (cualitativas y ordinales) se empleó la prueba χ^2 de Pearson.

Finalmente se ha realizado una regresión logística binomial para contrastar las variables percepción subjetiva de la preparación emocional y técnica para el cuidado de personas al final de la vida respecto de las escalas empleadas en del estudio. Los coeficientes de regresión logística pueden utilizarse para estimar la razón de probabilidad de cada variable independiente del modelo. Así, los modelos de regresión logística tienen tres finalidades: 1) Cuantificar la importancia de la relación existente entre cada una de las covariables y la variable dependiente. 2) Clarificar la existencia de interacción y confusión entre covariables respecto a la variable dependiente y 3) Clasificar individuos dentro de las categorías (presente/ausente) de la variable dependiente. No pretendiendo ser utilizada para esta última, dadas las características del muestreo y de las variables utilizadas, sino como una primera aproximación a las dos primeras.

Se ha considerado un nivel de significación de $p < 0,05$. En todos los análisis se ha utilizado el programa SPSS (versión 20.0 IBM®).

4.4. Fuentes Bibliográficas.

En el transcurso de la investigación se han empleado las siguientes bases de datos para la realización de las búsquedas bibliográficas: PubMed, NNNconsult, Web of Science y Biblioteca Cochrane, así como distintos libros electrónicos y enciclopedias en papel, relacionadas con la materia.

Se han seguido las recomendaciones indicadas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en castellano, y del tesoro MeSH (Medical Subject Headings) de MEDLINE en inglés, para la búsqueda de los términos empleados en la presente investigación.

5. RESULTADOS



5. RESULTADOS.

5.1. Resultados de las variables sociodemográficas, de los significados en el concepto de muerte y de las respuestas emocionales relacionadas empleadas en el cuestionario ad hoc.

5.1.1 Resultados de las variables sociodemográficas empleadas en el cuestionario ad hoc.

Respecto a las variables sociodemográficas empleadas en el cuestionario ad hoc, se han obtenido los siguientes resultados.

Se han encontrado diferencias significativas en cuanto al número de participantes en el estudio, según el lugar de origen de la muestra ($p < 0,000$) (tabla 12).

Tabla 12. Descriptivos de los participantes del estudio según el lugar de origen.		
Lugar de Origen	Participantes n (%)	χ^2 de Pearson
Navarra	325 (74,03%)	0.000
Valdivia	114 (25,97%)	
Total	439 (100%)	

El número de mujeres fue netamente mayor en ambos lugares como indica la tabla 13, sin encontrarse diferencias significativas entre las dos muestras.

Tabla 13. Descriptivos de la variable sexo según el origen de la muestra.				
Sexo	Navarra	Valdivia	GLOBAL	χ^2 de Pearson
Mujer	300 (93,2%)	108 (94,7%)	408 (93,6%)	0,661
Varón	22 (6,8%)	6 (5,3%)	28 (6,4%)	
Total	322 (100,0%)	114 (100,0%)	436 (100,0%)	

Con respecto a la edad media de los participantes, según muestra la tabla 14, en el total de la muestra fue de 43.51 años.

Tabla 14. Descriptivos de la variable edad (años) en la muestra global.	
Edad (años)	
N =437 (99,5%)	Estadístico
Media	43,51
Mediana	44,00
Desv. típ.	11,623
Amplitud intercuartil	20

Así mismo, se encontraron diferencias significativas en la edad media de los participantes según el lugar de origen ($p < 0,000$), puesto que como muestra la tabla 15, en Navarra la media fue de 45.69 años, y en Valdivia de 37.34 años, compuesta ésta última por población más joven.

Tabla 15. Descriptivos de la variable edad (años) según el origen de la muestra.			U de Mann-Whitney
Edad (años)	NAVARRA	VALDIVIA	
Media	45,69	37,34	0,000
Mediana	47	34	
Desv. típ.	10,857	11,55	
Amplitud intercuartil	17	17	

Según los grupos de edad, y de acuerdo con la tabla 16, el grupo de edad más numeroso en Navarra fue el compuesto por enfermeras de 45 a 54 años, frente al grupo de 24 a 34 años de la población de profesionales de Valdivia, con diferencias significativas al respecto. Según el porcentaje de tiempo de actividad asistencial, en ambas muestras, alrededor de un 72.7% de los encuestados dedican más del 75% de su tiempo a labores de actividad asistencial (datos no mostrados).

Tabla 16: Descriptivos de la variable grupos de edad según el origen de la muestra.				
Grupos de Edad	NAVARRA (%)	VALDIVIA (%)	GLOBAL (%)	χ^2 de Pearson
24 a 34 años	65 (20.1%)	59 (51.8%)	124 (28.4%)	0,000
35 a 44 años	73 (22.6%)	25 (21.9%)	98 (22.4%)	
45 a 54 años	106 (32.8%)	17 (14,9%)	123 (28.1%)	
55 a 65 años	79 (24,5%)	13 (11,4%)	92 (21.1%)	
Total	323 (100%)	114 (100%)	437 (100%)	

De acuerdo con los años de experiencia como enfermera podemos determinar que, se ha obtenido una media de 20.72 años según los datos la muestra total (tabla 17).

Tabla 17. Descriptivos de la variable experiencia como enfermera en la muestra global.	
Experiencia como enfermera	
N = 430 (97,9%)	Estadístico
Media	20,72
Mediana	22,00
Desv. típ.	12,319
Amplitud Inter cuartil	20

Así mismo, en Navarra, encontramos diferencias significativas con respecto a la media de años de experiencia como enfermera, siendo mayor, de 23.63 años, frente a los 12,64 años de media en Valdivia, según muestra la tabla 18 ($p < 0.000$).

Tabla 18. Descriptivos de la variable años de experiencia como enfermera según el origen de la muestra.			
Experiencia como enfermera	NAVARRA	VALDIVIA	χ^2 de Pearson
Media	23,63	12,64	0,000
Mediana	25	8	
Desv. típ.	11,214	11,664	
Amplitud intercuartil	19	18	

Con respecto a los años de experiencia profesional dividido por grupos, encontramos, como describe la tabla 19, que es más numeroso el grupo de enfermeros de más de 26 años de experiencia profesional en Navarra, frente al grupo de menos de 5 años de experiencia, más prevalente en Valdivia ($p < 0.000$).

Tabla 19. Descriptivos de la variable años de experiencia profesional según el origen de la muestra.					
Grupos profesional	Experiencia	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	U de Mann-Whitney
<5años		11 (3,5%)	42 (36,8%)	53 (12,3%)	0,000
6-15 años		79 (25,0%)	37 (32,5%)	116 (27,0%)	
16-25 años		74 (23,4%)	16 (14,0%)	90 (20,9%)	
>26 años		152 (48,1%)	19 (16,7%)	171 (39,8%)	
Total		316 (100,0%)	114 (100,0%)	430 (100,0%)	

De igual modo, encontramos diferencias significativas según el lugar de origen, en relación con el lugar de trabajo, de manera que, tanto en Navarra como en Valdivia, se evidenció un mayor número de participantes que pertenecían al ámbito hospitalario frente al ambulatorio. No obstante, podemos argumentar que, en proporción, esta diferencia fue superior en la muestra de Valdivia (datos por actividades específicas no mostrados). Para simplificar el análisis de los datos, se decidió agrupar a los participantes en dos grupos, entre aquellos enfermeros que realizaban su práctica en atención especializada y aquellos que lo hacían en atención ambulatoria, como describe la tabla 20. Para ello se incluyó en el grupo de hospitalización los participantes de cuidados paliativos y urgencias, y en el grupo de ambulatorio el de larga estancia.

Grupos ámbito asistencial	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X ² de Pearson
Hospitalización	202 (62,2%)	89 (78,1%)	291 (66,3%)	0,002
Ambulatorio	123 (37,8%)	25 (21,9%)	148 (33,7%)	
Total	325 (100,0%)	114 (100,0%)	439 (100,0%)	

En relación a la variable composición familiar, se muestran los resultados en las tablas 21 y 22. Con respecto a esta variable, se formaron dos grupos para facilitar la comprensión de los datos, de la siguiente manera como muestra la tabla 21: pareja con/sin hijos (compuesta por las variables “vive en pareja sin hijos”, “viven en pareja hasta dos hijos” y “vive en pareja con más de dos hijos”); y otras situaciones (formada por las variables “vive con sus padres”, “vive solo/a-soltero/a”, “vive solo/a-viudedad o separación” y “otra composición familiar”).

Composición familiar	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL
Vive con sus padres	25 (7,8%)	17 (15,0%)	42 (9,7%)
Vive sola/o - Soltera/o	43 (13,4%)	21 (18,6%)	64 (14,8%)
Vive sola/o - Viudedad o Separación	13 (4,1%)	0 (0,0%)	13 (3,0%)
Vive en pareja sin hijos	62 (19,4%)	16 (14,2%)	78 (18,0%)
Vive en pareja con hasta dos hijos	138 (43,1%)	36 (31,9%)	174(40,2%)
Vive en pareja con más de dos hijos	30 (9,4%)	10 (8,8%)	40 (9,2%)
Otras composiciones familiares	9 (2,8%)	13 (11,5%)	22 (5,1%)
Total	320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)

En la variable núcleo familiar según el lugar de origen se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras ($p < 0.001$). El porcentaje de enfermeras que viven en pareja con o sin hijos es mayor en Navarra (71.9%), frente al porcentaje de enfermeros de Valdivia (54.9%), compuesto por un 45.1% de personas que viven solas, solteras, viudas o separadas (otras situaciones) (tabla 22).

Tabla 22. Descriptivos de las variables grupos de composición familiar (núcleo familiar, tiene hijos y vive sólo/a) según el origen de la muestra. Test X^2 de Pearson ($p < 0.05$).					
Grupos Composición familiar.		NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X^2 de Pearson
Otras situaciones		90(28.1%)	51(45.1%)	141(%)	0,001
Pareja con/sin hijos		230(71.9%)	62(54.9%)	292(%)	
Total		320(100%)	113(100%)	433 (100%)	
Tiene hijos	NO	152(47,5%)	67(59,3%)	219(50,6%)	0,031
	SI	168(52,5%)	46(40,7%)	214(49,4%)	
Total		320(100%)	113(100%)	433(100%)	
Vive solo/a	NO	264(82,5%)	92(81,4%)	356(82,2%)	0,796
	SI	56(17,5%)	21(18,6%)	77(17,8%)	
Total		320(100%)	113(100%)	433(100%)	

Por otro lado, la tabla 22 muestra que hay un mayor porcentaje de enfermeras navarras que tienen hijos, frente a las enfermeras de Valdivia ($p < 0,031$). Además, en esta misma tabla, se puede observar el porcentaje de enfermeras que viven o no solas, sin diferencias significativas al respecto entre los participantes ($p < 0.796$).

La tabla 23, muestra los resultados entre aquellos que viven en un entorno rural (población de menos de 5000 habitantes) y en un entorno urbano (resto de opciones).

Tabla 23. Descriptivos de la variable residencia habitual según el origen de la muestra.				
Residencia habitual (habitantes)	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X^2 de Pearson
< 5000	106 (32,9%)	7 (6,5%)	113 (26,3%)	0,002
5000 a 20000	47 (14,6%)	30 (27,8%)	77 (17,9%)	
20000 a 100000	40 (12,4%)	24 (22,2%)	64 (14,9%)	
> 100000	129 (40,1%)	47 (43,5%)	176 (40,9%)	
Total	322 (100,0%)	108 (100,0%)	430 (100,0%)	

La tabla 24 que hace referencia a la tabla anterior, muestra los mismos datos agrupados en dos subgrupos, según en lugar de residencia rural o urbana. De éstos se deduce que más del 90% de los participantes en Valdivia provienen de un entorno urbano, frente a casi un tercio de población de la muestra de Navarra, que proviene del ámbito rural, teniendo en cuenta diferencias significativas ($p < 0.000$).

Grupos residencia habitual	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
< 5.000 habitantes (rural)	106(32,9%)	7(6,5%)	113(26,3%)	0,000
> 5.000 habitantes (urbano)	216(67,1%)	101(93,5%)	317(73,7%)	
Total	322(100%)	108(100%)	430(100%)	

Se preguntó a los participantes si profesaban una religión, y según el lugar de origen se encontraron diferencias significativas ($p < 0.001$), puesto que en proporción en Valdivia fueron más los participantes que afirmaban profesar una religión, frente a los de Navarra, según muestra la tabla 25.

¿Profesa alguna religión?	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
Si	214(66%)	93(83%)	307(70,4%)	0,001
No	110(34%)	19(17%)	129(29,6%)	
Total	324(100%)	112(100%)	436(100%)	

En cuanto al tipo de religión que se profesa, según el lugar de origen, se obtuvieron diferencias significativas al respecto, puesto que el grupo de protestantes y católicos fue mayor en proporción en Valdivia, frente a los participantes de Navarra, donde la religión más numerosa, fue la católica (tabla 26).

¿Qué religión profesa?	Tipo de religión	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
	Católica	217 (96,9%)	82 (85,4%)	299 (93,4%)	
Protestante	4 (1,8%)	11(11,5%)	15 (4,7%)		
Ortodoxa	1 (0,4%)	2 (2,1%)	3 (0,9%)		
Otra religión no cristiana	1 (0,4%)	1 (1,0%)	2 (0,6%)		
Religión Oriental (hindú/budista)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)		
Total		224 (100,0%)	96 (100,0%)	320 (100,0%)	

De acuerdo al nivel de participación en ritos religiosos, éste se muestra en las tablas 27 y 28. No se han encontrado diferencias significativas sobre la frecuencia de participación de los participantes en ritos religiosos, según el lugar de origen, tanto de forma desglosada (tabla 27) como agrupada (tabla 28), pero cabe resaltar que, en ambas muestras, alrededor del 70% o más, su nivel de participación es escaso o nulo (referentes a las opciones: sólo en fiestas religiosas especiales, con una frecuencia inferior a las descritas previamente y nunca)(tabla 27).

Nivel de participación en ritos religiosos.	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL
Todos los días	2 (0,8%)	2 (2,2%)	4(1,2%)
Más de una vez por semana	10 (4,2%)	4 (4,3%)	14 (4,2%)
Una vez por semana	38 (16,0%)	7 (7,6%)	45 (13,6%)
Al menos una vez al mes	30 (12,6%)	9 (9,8%)	39 (11,8%)
Solo en fiestas religiosas especiales	77 (32,4%)	26 (28,3%)	103 (31,2%)
Con una frecuencia inferior a las descritas previamente	60 (25,2%)	31 (33,7%)	91 (27,6%)
Nunca	21 (8,8%)	13 (14,1%)	34 (10,3%)
Total	238 (100,0%)	92 (100,0%)	330 (100,0%)

Así mismo, entre aquellos que practican la religión, sólo alrededor de un 20% lo hace al menos una vez a la semana, no encontrando diferencias significativas al respecto (tabla 28).

Grupos práctica religiosa	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X ² de Pearson
Una vez por mes o menos	188 (79,0%)	79 (85,9%)	267 (80,9%)	0,154
Al menos una vez por semana o más	50 (21,0%)	13 (14,1%)	63 (19,1%)	
Total	238 (100,0%)	92 (100,0%)	330 (100,0%)	

Con respecto a la pregunta de si los participantes asistían a ritos culturalmente relacionados con la muerte en su infancia (asistencia a funerales, cementerios o tanatorios), se encontraron diferencias significativas según el lugar de origen ($p < 0.040$), puesto que, en Valdivia, fue mayor la población de enfermeras/os que así lo hacían, un 78.9% frente a un 68.8% de la muestra de Navarra respectivamente (tabla 29).

Asistencia a ritos en la infancia	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X ² de Pearson
Si	223 (68,8%)	90 (78,9%)	313 (71,5%)	0,040
No	101 (31,2%)	24 (21,1%)	125 (28,5%)	
Total	324 (100,0%)	114 (100,0%)	438 (100,0%)	

En cuanto al hecho de si los participantes habían experimentado la pérdida previa de un familiar o alguien muy querido, encontramos diferencias significativas según el lugar de origen ($p < 0.046$), como muestra la tabla 30, ya que los enfermeros de Navarra experimentaron más veces (92.3%) dicha pérdida frente a los profesionales de Valdivia (86%).

Tabla 30. Descriptivos de las variables pérdida de un familiar o alguien muy querido según el origen de la muestra.				
¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido?	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
Si	299 (92,3%)	98 (86,0%)	397 (90,6%)	0,046
No	25 (7,7%)	16 (14,0%)	41 (9,4%)	
Total	324 (100,0%)	114 (100,0%)	438 (100,0%)	

En las tablas 31 y 32 se describen las diferencias significativas encontradas según el lugar de origen, ante la pregunta de si los participantes se sentían preparados emocionalmente para cuidar de pacientes en fin de vida. En este sentido la muestra de Navarra demuestra sentirse en mayor grado preparada emocionalmente frente a la muestra de Valdivia, teniendo en cuenta los porcentajes, un 71,4%, frente a un 54,5% respectivamente ($p < 0.001$).

Tabla 31. Descriptivos de las variables ¿te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida? según el origen de la muestra.				
¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
Total desacuerdo	5 (1,6%)	3 (2,7%)	8 (1,9%)	0,004
Bastante en desacuerdo	9 (2,8%)	4 (3,6%)	13 (3,0%)	
Algo de desacuerdo	10 (3,1%)	11 (9,8%)	21 (4,9%)	
Valoración indecisa o neutral	11 (3,5%)	6 (5,4%)	17 (4,0%)	
Algo de acuerdo	56 (17,6%)	27 (24,1%)	83 (19,3%)	
Bastante de acuerdo	153 (48,1%)	31 (27,7%)	184 (42,8%)	
Total acuerdo	74 (23,3%)	30 (26,8%)	104 (24,2%)	
Total	318 (100,0%)	112 (100,0%)	430 (100,0%)	

La tabla 32 muestra los datos de manera agrupada. Las diferencias significativas muestran que, la muestra de enfermeros de Valdivia se considera mejor preparada emocionalmente para cuidar a pacientes en fin de vida ($p < 0.001$), con respecto a los de Navarra.

Tabla 32. Descriptivos de las variables grupos de preparación emocional para cuidar pacientes en fin de vida, según el origen de la muestra.				
Grupos ¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
Desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo	91 (28,6%)	51 (45,5%)	142 (33,0%)	0,001
Bastante o Total Acuerdo	227 (71,4%)	61 (54,5%)	288 (67,0%)	
Total	318 (100,0%)	112 (100,0%)	430 (100,0%)	

Por último, las tablas 33 y 34 muestran los porcentajes ante la pregunta de si los participantes se sentían preparados técnicamente para cuidar de pacientes en fin de vida. En concreto la tabla 33 muestra diferencias estadísticas al respecto ($p < 0.042$), resaltando que la muestra de Navarra está bastante más de acuerdo en poseer unas aptitudes más técnicas en el cuidado del paciente terminal, frente a la muestra de enfermeros de Valdivia (45,2% frente a un 36,8% respectivamente).

Tabla 33. Descriptivos de las variables ¿te sientes preparada/o técnicamente para cuidar pacientes en fin de vida? Test χ^2 de Pearson ($p < 0.05$).				
¿Te sientes preparada/o técnicamente para cuidar pacientes en fin de vida?	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	χ^2 de Pearson
Total desacuerdo	4 (1,2%)	1 (0,9%)	5 (1,1%)	0,042
Bastante en desacuerdo	15 (4,6%)	4 (3,5%)	19 (4,3%)	
Algo de desacuerdo	13 (4,0%)	13 (11,4%)	26 (5,9%)	
Valoración indecisa o neutral	9 (2,8%)	7 (6,1%)	16 (3,7%)	
Algo de acuerdo	95 (29,4%)	29 (25,4%)	124 (28,4%)	
Bastante de acuerdo	146 (45,2%)	42 (36,8%)	188 (43,0%)	
Total acuerdo	41 (12,7%)	18 (15,8%)	59 (13,5%)	
Total	323 (100,0%)	114(100,0%)	437 (100,0%)	

Por otro lado, si agrupamos dichas respuestas en “Desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo” y en “Bastante o Total Acuerdo”, no se encuentran diferencias significativas con respecto a la auto percepción de poseer unas adecuadas aptitudes técnicas para el cuidado en fin de vida, entre ambas muestras (tabla 34).

Tabla 34. Descriptivos de las variables grupos de preparación técnica para cuidar pacientes en fin de vida, según el origen de la muestra.				
Grupos ¿Te sientes preparada/o técnicamente para cuidar pacientes en fin de vida?	NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X2 de Pearson
Desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo	136 (42,1%)	54 (47,4%)	190 (43,5%)	0,330
Bastante o Total Acuerdo	187 (57,9%)	60 (52,6%)	247 (56,5%)	
Total	323 (100,0%)	114 (100%)	437 (100,0%)	

5.1.2 Resultados de los significados sobre el concepto de muerte del cuestionario ad hoc.

Respecto al significado otorgado por los participantes con respecto al concepto de muerte se han obtenido los siguientes resultados, de acuerdo con el lugar de origen de la muestra.

Según la tabla 35, no se han encontrado diferencias significativas en función del lugar de origen en los distintos significados hacia la muerte, la muerte como “algo natural”, “algo horrible”, “una liberación del género humano”, “el paso a otro género de vida”, “el paso al estado espiritual perfecto”, o “el comienzo de algo desconocido”, excepto en el significado de muerte como “el final de todo”, donde se da con más frecuencia de forma significativa entre los participantes de Navarra frente a los de Valdivia ($p < 0.014$). Por otro lado, hay que resaltar el alto índice de respuesta (superior al 50% en ambas muestras), con respecto al significado de muerte como “algo natural”, un término que es considerado más familiar dentro del ámbito de los cuidados de enfermería al final de la vida, así como la tendencia significativa del significado de muerte como “el paso a otro género de vida”, más prevalente entre los profesionales de enfermería de Valdivia ($p < 0.058$).

Tabla 35. Descriptivos de las variables significados de la muerte, según el origen de la muestra.					
Significados de la muerte		NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X ² de Pearson
Algo natural	Si	185 (57,8%)	64 (56,6%)	249 (57,5%)	0,826
	No	135 (42,2%)	49 (43,4%)	184 (42,5%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
Algo horrible	Si	8 (2,5%)	2 (1,8%)	10 (2,3%)	1,000
	No	312 (97,5%)	111 (98,2%)	423 (97,7%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
Una liberación del género humano	Si	1 (0,3%)	1 (0,9%)	2 (0,5%)	0,454
	No	319 (99,7%)	112 (99,1%)	431 (99,5%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
El final de todo	Si	57 (17,8%)	9 (8,0%)	66 (15,2%)	0,014
	No	263 (82,2%)	104 (92,0%)	367 (84,8%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
El paso a otro género de vida	Si	31 (9,7%)	19 (16,8%)	50 (11,5%)	0,058
	No	289 (90,3%)	94 (83,2%)	383 (88,5%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
El paso al estado espiritual perfecto	Si	8 (2,5%)	7 (6,2%)	15 (3,5%)	0,076
	No	312 (97,5%)	106 (93,8%)	418 (96,5%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
El comienzo de algo desconocido	Si	64 (20,0%)	20 (17,7%)	84 (19,4%)	0,679
	No	256 (80,0%)	93 (82,3%)	349 (80,6%)	
Total		320 (100,0%)	113 (100,0%)	433 (100,0%)	
Otras opciones	Si	1 (0,3%)	5 (4,4%)	6 (1,4%)	0,005
	No	320 (99,7%)	108 (95,6%)	428 (98,6%)	
Total		321 (100,0%)	113 (100,0%)	434 (100,0%)	

5.1.3. Resultados de las respuestas emocionales relacionadas con el proceso de muerte empleadas en el cuestionario ad hoc.

Respecto a las respuestas emocionales de los participantes, relacionadas con la muerte y su concepto se han obtenido los siguientes resultados (tabla 36).

Tabla 36. Descriptivos de las variables emociones frente a la muerte (risa, irritabilidad, culpabilidad, impotencia, llanto, tranquilidad), según el origen de la muestra.

Emociones frente la muerte		NAVARRA	VALDIVIA	GLOBAL	X ² de Pearson
Risa	Si	1 (0,3%)	2 (1,8%)	3 (0,7%)	0,175
	No	312 (99,7%)	112 (98,2%)	424 (99,3%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Irritabilidad	Si	3 (1,0%)	5 (4,4%)	8 (1,9%)	0,035
	No	310 (99,0%)	109 (95,6%)	419 (98,1%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Culpabilidad	Si	1 (0,3%)	1 (0,9%)	2 (0,5%)	0,463
	No	312 (99,7%)	113 (99,1%)	425 (99,5%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Impotencia	Si	105 (33,5%)	15 (13,2%)	120 (28,1%)	0,000
	No	208 (66,5%)	99 (86,8%)	307 (71,9%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Llanto	Si	90 (28,8%)	27 (23,7%)	117 (27,4%)	0,328
	No	223 (71,2%)	87 (76,3%)	310 (72,6%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Tranquilidad	Si	71 (22,7%)	35 (30,7%)	106 (24,8%)	0,100
	No	242 (77,3%)	79 (69,3%)	321 (75,2%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Ansiedad	Si	46 (14,7%)	22 (19,3%)	68 (15,9%)	0,295
	No	267 (85,3%)	92 (80,7%)	359 (84,1%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Sosiego	Si	12 (3,8%)	2 (1,8%)	14 (3,3%)	0,371
	No	301 (96,2%)	112 (98,2%)	413 (96,7%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Indiferencia	Si	2 (0,6%)	0 (0,0%)	2 (0,5%)	0,608
	No	311 (99,4%)	114 (100,0%)	425 (99,5%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Cólera	Si	3 (1,0%)	1 (0,9%)	4 (0,9%)	1,000
	No	310 (99,0%)	113 (99,1%)	423 (99,1%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Alivio	Si	19 (6,1%)	8 (7,0%)	27 (6,3%)	0,822
	No	294 (93,9%)	106 (93,0%)	400 (93,7%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Decepción	Si	5 (1,6%)	4 (3,5%)	9 (2,1%)	0,256
	No	308 (98,4%)	110 (96,5%)	418 (97,9%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	
Otras respuestas emocionales	Si	51 (16,3%)	12 (10,5%)	63 (14,8%)	0,165
	No	262 (83,7%)	102 (89,5%)	364 (85,2%)	
Total		313 (100,0%)	114 (100,0%)	427 (100,0%)	

La tabla 36, muestra que dentro de las emociones que provoca la muerte, no existen diferencias significativas entre los participantes según el lugar de origen, en la risa, la culpabilidad, el sosiego, la indiferencia, la cólera, el alivio o la decepción, no siendo emociones frecuentes entre los encuestados. Entre las emociones más frecuentes como son el llanto, la tranquilidad, la ansiedad, y otras respuestas emocionales⁹, tampoco se han encontrado diferencias significativas al respecto.

Por otro lado, a pesar del bajo índice de respuesta entre los enfermeros del estudio, se han encontrado diferencias significativas en la variable irritabilidad ($p < 0.035$) y en la variable impotencia ($p < 0.000$). En este sentido, las enfermeras de Valdivia consideran la irritabilidad ante la muerte como una emoción más frecuente frente a las enfermeras de Navarra. Y entre los enfermeros de Navarra, éstos se muestran más impotentes ante la muerte en comparación a los de Valdivia ($p < 0,000$).

⁹ Otras respuestas emocionales ante la muerte que han señalado en texto libre los participantes son: aceptación, conformismo, conmoción, desasosiego, naturalidad, normalidad, respeto, recogimiento, miedo, rabia, inquietud, incertidumbre, preocupación, curiosidad, emoción, dolor emocional, dolor por la pérdida, pena, tristeza, o dependiendo de las circunstancias de la muerte, del proceso de la enfermedad, de la edad del fallecido o de si es un paciente o un ser querido. La más prevalente de todas ellas ha sido la tristeza.

5.1.4 Resumen de resultados de las variables sociodemográficas de ambas muestras:

Siendo la muestra netamente formada por mujeres, el colectivo de enfermería encuestado representa diferencias según los grupos de edad, (la muestra de Valdivia es más joven), los años de experiencia profesional (menos experiencia en Valdivia), el lugar de trabajo (más numeroso en hospitalización frente atención primaria), la composición familiar (en Navarra las enfermeras están más en pareja con/sin hijos frente a las solteras, viudas y separadas, más numerosas en Valdivia), el lugar de residencia, (en general la población investigada proviene más de zonas urbanas que rurales), la pertenencia a una religión (no así en la frecuencia de participación en ritos religiosos), siendo la católica la predominante en los dos grupos, (y teniendo en cuenta que en Valdivia existe un porcentaje mayor de creencias protestantes frente a la muestra de Navarra), en la variable asistencia a funerales en la infancia (siendo mayor el porcentaje en las enfermeras navarras), y en la variable percepción personal sobre la preparación emocional (que no técnica) para el cuidado de pacientes en fin de vida (más reafirmada en la población de Navarra frente a la de Valdivia).

En cuanto a los significados en relación con el concepto de muerte, no hay diferencias entre Navarra y Valdivia, para los significados de la muerte como algo “natural”, algo “horrible”, una “liberación del género humano”, el “paso a otro género de vida”, el paso al “estado espiritual perfecto”, o el “comienzo de algo desconocido”. Por el contrario, el término de la muerte como el “final de todo”, es más afirmado entre las enfermeras de Navarra frente a las de Valdivia.

Atendiendo a las respuestas emocionales relacionadas con el proceso de muerte, la “irritabilidad” es mayor en el grupo de Valdivia, y la “impotencia”, entre las enfermeras navarras. Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas para las variables emocionales de “risa”, “llanto”, “culpabilidad”, “tranquilidad”, “ansiedad”, “sosiego”, “indiferencia”, “cólera”, “alivio” o “decepción”, entre otras.

5.2 Resultados del cuestionario perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM).

5.2.1 Análisis de la escala PRAM: correlación interna.

La tabla 37, muestra las correlaciones existentes entre las diferentes dimensiones de la escala PRAM. Se aprecia una correlación positiva fuertemente significativa entre la actitud de reaceramiento, la de miedo y la de escape (0.000), y una correlación significativa negativa entre el miedo, la evitación y la aceptación neutral-biológica (0.000).

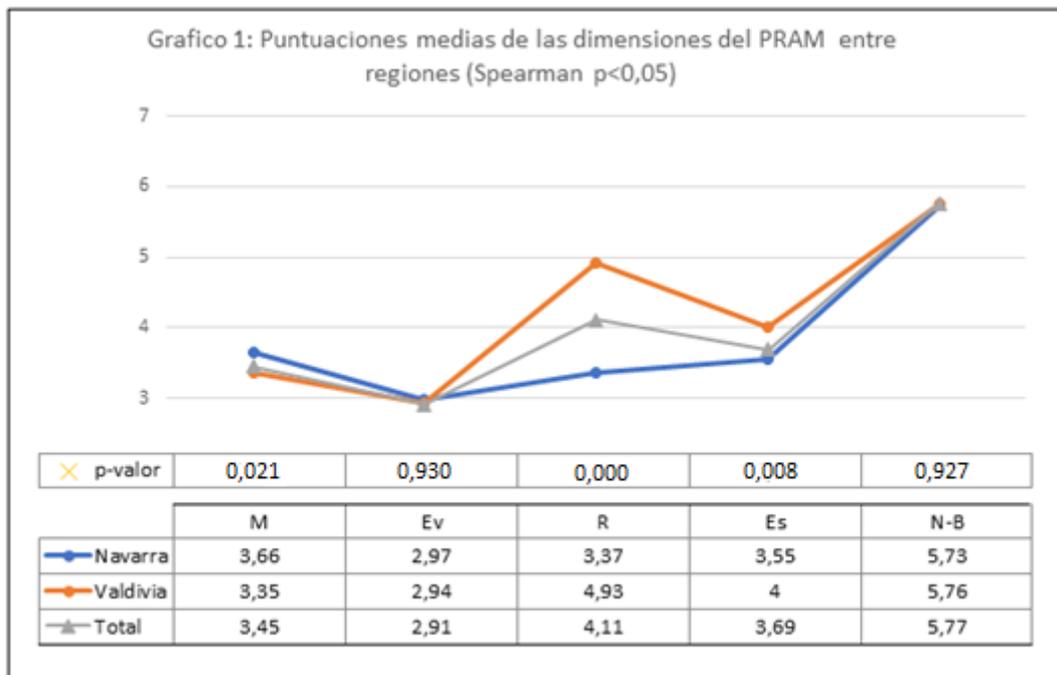
Correlaciones de Pearson		REACERCAMIENTO	MIEDO	EVITACIÓN	ESCAPE
MIEDO (M)	Correlación de Pearson	0,180**			
	Sig. (bilateral)	0,000			
	N	439			
EVITACION (Ev)	Correlación de Pearson	0,111*	0,642**		
	Sig. (bilateral)	0,020	0,000		
	N	439	439		
REACERCAMIENTO (R)	Correlación de Pearson	0,408**	0,003	-0,052	
	Sig. (bilateral)	0,000	0,954	0,277	
	N	439	439	439	
ESCAPE (Es)	Correlación de Pearson	-0,065	-0,368**	-0,340**	0,132**
	Sig. (bilateral)	0,174	0,000	0,000	0,006
	N	439	439	439	439
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).					
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).					

5.2.2 Descriptivos de la escala PRAM según el lugar de origen.

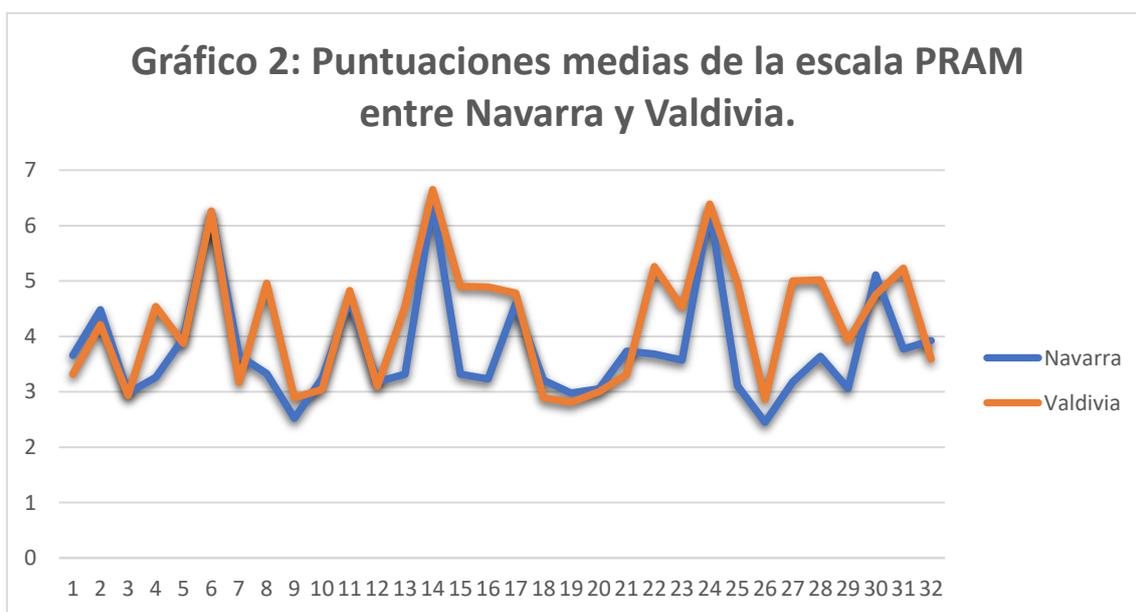
La tabla 38 muestra los valores de la media, la mediana y la desviación típica, de la puntuación media de las diferentes dimensiones valoradas dentro de la escala PRAM, así como su significación cuando se contrastan los valores obtenidos entre las dos submuestras de Navarra y de Chile. Se han encontrado diferencias significativas en las dimensiones factoriales de Miedo ($p < 0.021$), Reacercamiento ($p < 0.000$) y Escape ($p < 0.008$) según el lugar de origen. La muestra de Navarra presenta mayores valores en la dimensión de Miedo y, valores menores en el Reacercamiento y el Escape ante la muerte, con respecto a la muestra de enfermeros de Valdivia.

Tabla 38. Descriptivos de las dimensiones factoriales del PRAM en la muestra Global y según el lugar de origen de la muestra.					
PRAM		GLOBAL	NAVARRA	VALDIVIA	U de Mann-Whitney
M	Me	3.588	3.670	3.354	0.021
	Med	3.571	3.714	3.142	
	Dt	10276	1.232	1.372	
	RIC	1,86	1,79	2,29	
Ev	Me	2.960	2.965	4.930	0.930
	Med	2.600	2.600	4.900	
	Dt	1.523	1.547	1.230	
	RIC	2,20	2,40	2,20	
R	Me	3.786	3.384	4.930	0.000
	Med	4.000	3.600	4.900	
	Dt	1.629	1.562	1.232	
	RIC	2,60	2,80	1,85	
Es	Me	3.672	3.555	4.005	0.008
	Med	3.600	3.600	3.900	
	Dt	1.448	1.447	1.404	
	RIC	2,00	2,20	1,80	
N-B	Me	5.744	5.736	5.768	0.927
	Med	5.800	5.800	5.800	
	Dt	0.805	0.842	0.690	
	RIC	1,20	1,20	0,80	

De forma gráfica se muestran las diferencias significativas entre las 5 dimensiones de la escala PRAM según el lugar de origen en el gráfico 1.



En el gráfico 2 se muestran las puntuaciones medias de los 32 ítems de la escala PRAM de ambas regiones. Nótese que el ítem 6 “la muerte se debería ver como un acontecimiento natural e innegable”, el 14 “la muerte es un aspecto natural de la vida”, y el ítem 24 “la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida”, pertenecientes a la dimensión Neutral-Biológica, son los que puntúan más alto (por encima de 6 puntos) en ambas muestras, tanto de Navarra como en Valdivia.



Por otro lado, la tabla 39 muestra los valores de la media y la desviación típica de cada 1 de los 32 ítems que componen la escala PRAM tanto en la muestra total como en las submuestras de Navarra y de Valdivia. Se muestra así mismo el valor del Alfa de Cronbach resultante si el ítem de la fila fuera suprimido. Se muestra también si existen diferencias significativas en la valoración de las respuestas habidas entre las submuestras de Navarra y de Valdivia en relación con los diferentes ítems.

Escala PRAM		GLOBAL			NAVARRA			VALDIVIA			U de Mann-Whitney Sig. Asintótica
		Media	Desv	α -Cronbach elemento suprimido	Media	Desv	α -Cronbach elemento suprimido	Media	Desv	α -Cronbach elemento suprimido	
1	La muerte es sin duda una experiencia horrible	3,57	1,908	0,871	3,66	1,921	0,874	3,32	1,855	0,844	0,097
2	La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	4,41	1,917	0,871	4,48	1,896	0,874	4,21	1,971	0,842	0,206
3	Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	2,97	1,810	0,868	2,98	1,856	0,871	2,93	1,681	0,842	0,841
4	Creo que iré al cielo cuando muera	3,59	2,000	0,863	3,26	1,937	0,864	4,54	1,878	0,846	0,000
5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	3,95	2,277	0,873	3,97	2,297	0,875	3,87	2,228	0,851	0,639
6	La muerte se debería ver como un acontecimiento natural innegable e inevitable	6,26	1,150	0,875	6,25	1,118	0,877	6,26	1,241	0,850	0,378
7	Me trastorna la terminalidad, "el final", que supone la muerte	3,52	1,942	0,869	3,65	1,948	0,871	3,17	1,886	0,843	0,016
8	La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	3,75	1,854	0,863	3,33	1,725	0,865	4,96	1,680	0,844	0,000
9	La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	2,62	1,717	0,869	2,52	1,704	0,872	2,89	1,733	0,842	0,035
10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente intento apartarlo	3,19	1,853	0,868	3,24	1,870	0,870	3,04	1,802	0,844	0,376
11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	4,71	1,878	0,871	4,66	1,891	0,873	4,83	1,843	0,848	0,465
12	Siempre intento no pensar en la muerte.	3,16	1,861	0,868	3,18	1,881	0,870	3,10	1,809	0,843	0,708
13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	3,64	2,076	0,861	3,32	1,957	0,863	4,54	2,146	0,840	0,000
14	La muerte es un aspecto natural de la vida	6,48	0,958	0,875	6,42	1,011	0,878	6,65	0,764	0,850	0,021
15	La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna	3,73	2,037	0,861	3,32	1,946	0,863	4,90	1,834	0,841	0,000
16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	3,66	1,968	0,861	3,23	1,891	0,864	4,89	1,650	0,841	0,000
17	No temería a la muerte ni le daría la bienvenida	4,64	1,679	0,878	4,59	1,724	0,882	4,78	1,544	0,851	0,432
18	Tengo un miedo intenso a la muerte	3,13	1,824	0,869	3,21	1,831	0,871	2,89	1,792	0,843	0,082
19	Evito totalmente pensar en la muerte	2,93	1,806	0,868	2,98	1,835	0,870	2,81	1,724	0,842	0,438
20	El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	3,03	1,791	0,866	3,05	1,794	0,866	3,00	1,790	0,847	0,773

21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco	3,62	1,981	0,868	3,73	1,976	0,869	3,31	1,969	0,844	0,037
22	Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	4,09	2,013	0,865	3,68	1,926	0,868	5,26	1,790	0,842	0,000
23	Veó la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal	3,81	1,918	0,868	3,57	1,913	0,870	4,52	1,756	0,847	0,000
24	La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	6,33	0,901	0,875	6,31	0,932	0,878	6,39	0,805	0,853	0,474
25	Veó la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	3,60	1,887	0,861	3,11	1,756	0,864	4,97	1,543	0,840	0,000
26	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	2,55	1,501	0,870	2,45	1,432	0,873	2,86	1,650	0,847	0,021
27	La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	3,66	1,844	0,864	3,18	1,747	0,866	5,00	1,402	0,845	0,000
28	Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	4,00	2,025	0,862	3,64	2,035	0,864	5,02	1,613	0,843	0,000
29	Veó la muerte como un alivio de la carga de esta vida	3,28	1,841	0,868	3,06	1,811	0,871	3,92	1,781	0,845	0,000
30	La muerte no es buena ni mala	5,02	1,638	0,880	5,11	1,576	0,882	4,75	1,783	0,857	0,094
31	Espero una vida después de la muerte	4,15	2,088	0,863	3,77	2,096	0,865	5,23	1,651	0,842	0,000
32	La incertidumbre de no saber lo que pasa después de la muerte me preocupa	3,83	1,477	0,871	3,92	1,238	0,873	3,59	1,995	0,848	0,311

En la tabla 39, se pueden observar particularmente diferencias significativas en los ítems 1, 7, 21, (pertenecientes a la dimensión de miedo), 26 (perteneciente a evitación), 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31 (perteneciente a la dimensión de reaceramiento), 9, 23, 29 (perteneciente a escape), y 14 (perteneciente a neutral-biológico), según el lugar de origen de las submuestras, bien sean de Navarra o de Valdivia respectivamente.

Se presenta a continuación, de forma más descriptiva, las diferencias significativas encontradas entre los ítems de la escala PRAM, haciendo alusión a la tabla anterior (todas ellas hacen referencia a la tabla 39).

Para la dimensión Reaceramiento (R):

En la submuestra de Navarra el enunciado 25 “*Veó la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito*”, obtiene la menor puntuación del conjunto de los enunciados, mientras el ítem que obtiene mayor puntuación es el 31 “*Espero una vida después de la muerte*”. Nótese que en Valdivia todos los enunciados puntúan más con respecto a la muestra de Navarra, con diferencias significativas al respecto ($p < 0,000$).

Para la dimensión Miedo (M:)

Entre los enunciados que hacen referencia a la dimensión de miedo hacia la muerte, se han encontrado diferencias significativas entre las dos muestras, ya que en el ítem 21 “*Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco*” los enfermeros navarros puntúan más ($p < 0,000$), así como en el 7 “*Me trastorna la terminalidad, el final que supone la muerte*” con respecto a los enfermeros

de Valdivia ($p < 0.016$). Además, el enunciado 20 *“El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho”* es el que presenta menor puntuación en la muestra de enfermeros de Navarra. Y en Valdivia, el enunciado con menos puntuación es el 18 *“Tengo un miedo intenso a la muerte”* ($p < 0.082$).

Para la dimensión Evitación (Ev):

Se encontraron diferencias significativas en el ítem 26 *“Siempre intento no pensar en la muerte”* según el lugar de origen, ya que la puntuación media en Navarra fue menor, de 2.45 frente a 2.8 en Valdivia ($p < 0.021$). No se han encontrado diferencias significativas en el resto de los ítems, aunque es notable la diferencia de puntuaciones medias entre ellos, según el lugar de origen.

Para la dimensión Escape (Es):

Coincide en ambas muestras de Navarra y Valdivia, que el ítem 9 *“La muerte proporciona un escape de este mundo terrible”* presenta menor puntuación de la escala, y presenta diferencias significativas entre ambas muestras, mostrando menor puntuación los participantes de Navarra ($p < 0.035$). Por otro lado, el ítem 11 *“La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento”*, obtiene la mayor puntuación en la escala, tanto en Navarra como en Valdivia. También se encontraron diferencias significativas en las respuestas de los enfermeros para los enunciados 23 y 29 ($p < 0.05$) siendo la puntuación mayor en la muestra de enfermeros de Valdivia.

Para la dimensión Neutral-Biológico (N-B):

Se han apreciado diferencias significativas según el lugar de origen en el enunciado 14 *“La muerte es un aspecto natural de la vida”* en ambas muestras, resultando que las enfermeras de Valdivia puntúan más que las de Navarra ($p < 0,021$), según presenta la tabla 26.

5.2.3 Relación de las variables sociodemográficas y la escala PRAM.

El estudio de las relaciones entre las variables sociodemográficas y las dimensiones del PRAM se ha realizado a través de un contraste no paramétrico mediante la prueba U-Mann Whitney para las variables categóricas de 2 grupos, y a través de la prueba de Kruskal Wallis para las variables categóricas de más de dos grupos (variables grupos de edad y años de experiencia profesional). Se describen a continuación los resultados.

Variable sexo.

Cuando se analiza la variable sexo en la muestra global, se aprecia de forma significativa que los enfermeros varones, presentan unos valores mayores en la dimensión Neutral-Biológica, apreciándose también una tendencia hacia la significación en la dimensión de reacercamiento (tabla 40).

Tabla 40. Descriptivos de la variable sexo según la muestra global.				
SEXO GLOBAL PRAM		MUJER	VARON	U de Mann-Whitney
M	Me	3,59	3,57	0,859
	Med	3,57	3,36	
	Dt	1,28	1,33	
	RIC	1,86	1,86	
Ev	Me	2,95	3,11	0,568
	Med	2,60	2,70	
	Dt	1,52	1,59	
	RIC	2,35	2,70	
R	Me	3,82	3,27	0,093
	Med	4,00	3,30	
	Dt	1,63	1,51	
	RIC	2,50	2,83	
Es	Me	3,68	3,46	0,599
	Med	3,60	3,70	
	Dt	1,46	1,24	
	RIC	2,00	1,70	
N-B	Me	5,72	6,14	0,009
	Med	5,80	6,00	
	Dt	0,81	0,56	
	RIC	1,00	0,80	

La tabla 41 muestra los valores de las diferentes dimensiones de la escala PRAM en las regiones de Navarra y Valdivia, en función de la distribución por sexos. En la región de Navarra se aprecia de forma significativa como los varones presentan unos valores mayores en la evaluación de la dimensión neutral-Biológica ($p < 0.006$). En la región de Valdivia apreciamos una tendencia a la significación en las mujeres con mayor puntuación en la dimensión de Evitación ($p < 0.054$).

Tabla 41. Descriptivos de la variable sexo según el lugar de origen.							
SEXO LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		MUJER	VARON	U de Mann-Whitney	MUJER	VARON	U de Mann-Whitney
M	Me	3,67	3,72	0,962	3,37	3,02	0,585
	Med	3,71	3,50		3,14	2,86	
	Dt	1,24	1,23		1,36	1,63	
	RIC	1,71	1,75		2,29	3,18	
Ev	Me	2,93	3,45	0,105	3,01	1,87	0,054
	Med	2,60	3,10		2,80	1,80	
	Dt	1,55	1,58		1,46	0,88	
	RIC	2,60	2,70		2,20	1,60	
R	Me	3,41	3,01	0,272	4,97	4,22	0,118
	Med	3,70	2,60		4,95	4,25	
	Dt	1,56	1,55		1,24	0,92	
	RIC	2,78	2,83		1,88	1,90	
Es	Me	3,55	3,45	0,891	4,04	3,47	0,533
	Med	3,40	3,60		3,90	4,00	
	Dt	1,47	1,22		1,40	1,42	
	RIC	2,20	1,55		1,80	2,30	
N-B	Me	5,71	6,21	0,006	5,76	5,87	0,903
	Med	5,80	6,00		5,80	5,80	
	Dt	0,85	0,53		0,70	0,63	
	RIC	1,20	0,85		0,80	0,90	

Variable grupos de edad.

Cuando se analizan los valores de las diferentes dimensiones en función de los diferentes grupos de edad de la muestra global, apreciamos como la dimensión evitación tiende a presentar de forma casi significativa unos valores menos elevados en el grupo de mayor edad ($P < 0.072$). Donde sí se aprecian diferencias significativas, es en el análisis de los valores de las dimensiones escape de la vida, con valores más elevados en el grupo de edad más avanzada ($p < 0.015$). Este mismo hallazgo también se aprecia en la dimensión neutral biológica de forma significativa, siendo más elevados los valores en el grupo de edad de 55 a 65 años ($P < 0.000$) (tabla 42).

Tabla 42. Descriptivos de la variable grupos de edad según la muestra global.						
GRUPOS EDAD GLOBAL PRAM		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
M	Me	3,54	3,64	3,74	3,40	0,160
	Med	3,50	3,57	3,71	3,29	
	Dt	1,26	1,28	1,25	1,33	
	RIC	1,96	2,14	2,00	1,96	
Ev	Me	3,02	2,90	3,16	2,68	0,072
	Med	2,80	2,50	3,20	2,20	
	Dt	1,41	1,48	1,61	1,59	
	RIC	2,40	2,00	2,60	2,55	
R	Me	4,03	3,82	3,61	3,64	0,205
	Med	4,25	4,00	3,90	3,70	
	Dt	1,56	1,54	1,69	1,71	
	RIC	2,05	2,38	3,00	3,00	
Es	Me	3,79	3,37	3,52	4,02	0,015
	Med	3,80	3,40	3,40	4,20	
	Dt	1,37	1,31	1,49	1,56	
	RIC	2,00	1,85	2,40	2,20	
N-B	Me	5,59	5,68	5,71	6,10	0,000
	Med	5,60	5,80	5,80	6,20	
	Dt	0,76	0,80	0,86	0,69	
	RIC	0,80	1,00	1,20	0,95	

En la submuestra procedente de Navarra apreciamos la existencia de diferencias significativas en los valores que toman las diferentes dimensiones en función de los grupos de edad. La dimensión de evitación presenta valores significativamente inferiores en el grupo de edad más avanzada ($p < 0.027$), al mismo tiempo que este mismo grupo presenta valores más elevados de las dimensiones de escape de la vida (0.037) y de la dimensión valoración neutral biológica de la muerte (0.000) (tabla 43).

Tabla 43. Descriptivos de la variable grupos de edad según el lugar de origen (Navarra).						
GRUPOS EDAD NAVARRA PRAM		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
M	Me	3,88	3,64	3,77	3,39	0,098
	Med	3,71	3,57	3,71	3,29	
	Dt	1,06	1,22	1,27	1,30	
	RIC	1,71	1,93	2,04	1,71	
Ev	Me	3,18	2,90	3,15	2,61	0,027
	Med	3,00	2,40	3,20	2,00	
	Dt	1,35	1,50	1,65	1,57	
	RIC	2,30	1,90	2,85	2,60	
R	Me	3,25	3,46	3,39	3,39	0,826
	Med	3,50	3,70	3,70	3,50	
	Dt	1,50	1,45	1,63	1,64	
	RIC	2,65	2,50	3,08	2,80	
Es	Me	3,63	3,20	3,48	3,90	0,037
	Med	3,80	3,40	3,40	4,00	
	Dt	1,31	1,35	1,46	1,56	
	RIC	1,80	2,00	2,40	2,20	
N-B	Me	5,50	5,70	5,66	6,10	0,000
	Med	5,60	5,80	5,80	6,20	
	Dt	0,86	0,79	0,88	0,70	
	RIC	0,90	1,10	1,20	1,00	

Estos hallazgos identificados en la submuestra de Navarra, no se encuentran presentes en la muestra procedente de Valdivia. En esta última, únicamente los valores de la dimensión neutral biológica tienden a ser significativos apreciándose unos valores más elevados en los grupos de edad superior a los 45 años ($P < 0.050$), según muestra la tabla 44.

Tabla 44. Descriptivos de la variable grupos de edad según el lugar de origen (Valdivia).						
GRUPOS EDAD VALDIVIA PRAM		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
M	Me	3,16	3,63	3,55	3,46	0,353
	Med	3,00	4,00	3,43	2,71	
	Dt	1,36	1,46	1,14	1,52	
	RIC	2,29	2,64	1,86	2,07	
Ev	Me	2,84	2,90	3,26	3,11	0,622
	Med	2,60	3,00	3,60	3,00	
	Dt	1,47	1,44	1,36	1,68	
	RIC	1,60	2,50	2,00	2,10	
R	Me	4,89	4,86	4,99	5,16	0,896
	Med	4,90	5,00	4,90	5,20	
	Dt	1,13	1,33	1,45	1,31	
	RIC	1,50	1,85	2,20	2,35	
Es	Me	3,97	3,89	3,78	4,71	0,266
	Med	3,80	3,80	3,40	5,00	
	Dt	1,42	1,05	1,71	1,45	
	RIC	2,00	1,20	1,90	2,40	
N-B	Me	5,69	5,61	6,04	6,09	0,050
	Med	5,80	5,80	6,00	6,00	
	Dt	0,62	0,82	0,68	0,63	
	RIC	0,60	0,80	0,90	1,00	

Variable experiencia profesional.

En la tabla 45 se muestran los datos referentes a los valores de las diferentes dimensiones de la escala PRAM en función de la experiencia profesional de los integrantes de la muestra. Se aprecia la existencia de diferencias significativas en los valores de las dimensiones de reaceramiento, ya que se observan valores más elevados en el grupo con menor experiencia profesional ($p < 0.001$). Contrariamente y de forma significativa, se aprecian valores más elevados de la dimensión Neutral-Biológica en el grupo de mayor experiencia profesional, con más de 26 años de ejercicio profesional ($p < 0.000$). Además, se evidencia una tendencia a la significación estadística en la dimensión escape de la vida en el grupo de enfermeros con menor periodo de ejercicio profesional ($p < 0.050$).

Tabla 45. Descriptivos de la variable grupos de edad según la muestra global.						
GRUPOS EXPERIENCIA PROFESIONAL GLOBAL PRAM		< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal-Wallis
M	Me	3,39	3,60	3,82	3,51	0,146
	Med	3,14	3,57	3,86	3,43	
	Dt	1,29	1,28	1,30	1,27	
	RIC	1,93	2,14	2,04	1,86	
Ev	Me	2,86	2,92	3,32	2,85	0,136
	Med	2,40	2,80	3,30	2,40	
	Dt	1,51	1,33	1,68	1,56	
	RIC	1,70	2,00	2,80	2,40	
R	Me	4,63	3,73	3,68	3,60	0,001
	Med	4,70	3,80	3,95	3,70	
	Dt	1,50	1,58	1,59	1,69	
	RIC	1,70	2,48	2,73	2,90	
Es	Me	4,03	3,54	3,37	3,79	0,050
	Med	3,80	3,60	3,40	3,80	
	Dt	1,37	1,36	1,46	1,51	
	RIC	1,70	1,80	2,05	2,20	
N-B	Me	5,68	5,53	5,75	5,93	0,000
	Med	5,80	5,60	5,80	6,00	
	Dt	0,76	0,79	0,79	0,78	
	RIC	0,90	0,80	1,20	1,00	

En las tablas 46 y 47 cuando se analizan los valores de las diferentes dimensiones en las submuestras de Navarra y de Valdivia respectivamente, se aprecia la existencia de diferencias significativas en los valores de la dimensión de Neutral-Biológica en Navarra, apreciándose valores más elevados de esta dimensión en los profesionales con más larga experiencia laboral ($p < 0.002$). Este mismo hallazgo se aprecia en la región de Valdivia, pero a nivel de tendencia a la significación estadística ($p < 0.072$).

Tabla 46 Descriptivos de la variable experiencia profesional según el lugar de origen (Navarra).						
GRUPOS EXPERIENCIA PROFESIONAL NAVARRA PRAM		< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal-Wallis
M	Me	3,78	3,80	3,79	3,53	0,391
	Med	3,71	3,71	3,79	3,57	
	Dt	0,92	1,24	1,84	1,60	
	RIC	1,71	1,86	2,18	1,71	
Ev	Me	2,73	3,02	3,32	2,80	0,131
	Med	2,40	3,00	3,20	2,20	
	Dt	1,34	1,30	1,78	1,56	
	RIC	2,00	2,00	3,20	2,40	
R	Me	2,75	3,32	3,42	3,41	0,501
	Med	2,90	3,40	3,70	3,55	
	Dt	1,73	1,51	1,54	1,62	
	RIC	3,30	2,40	2,83	2,80	
Es	Me	3,09	3,49	3,32	3,70	0,223
	Med	3,20	3,40	3,40	3,80	
	Dt	1,32	1,38	1,41	1,51	
	RIC	2,00	2,00	2,20	2,20	
N-B	Me	5,62	5,48	5,75	5,90	0,002
	Med	5,80	5,60	5,80	6,00	
	Dt	1,17	0,81	0,83	0,80	
	RIC	0,80	1,00	1,25	1,20	

Tabla 47. Descriptivos de la variable experiencia profesional según el lugar de origen (Valdivia).						
GRUPOS EXPERIENCIA PROFESIONAL VALDIVIA PRAM		< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal-Wallis
M	Me	3,29	3,18	3,96	3,34	0,211
	Med	3,07	3,00	4,07	2,71	
	Dt	1,35	1,50	1,06	1,36	
	RIC	2,07	2,57	1,57	2,00	
Ev	Me	2,89	2,71	3,30	3,24	0,300
	Med	2,40	2,40	3,50	3,00	
	Dt	1,56	1,38	1,15	1,61	
	RIC	1,80	2,20	1,80	1,80	
R	Me	5,13	4,62	4,91	5,13	0,402
	Med	4,95	4,90	4,60	5,10	
	Dt	0,96	1,36	1,22	1,46	
	RIC	1,60	1,75	2,10	2,20	
Es	Me	4,28	3,64	3,60	4,45	0,111
	Med	4,20	3,80	3,60	4,20	
	Dt	1,28	1,32	1,68	1,39	
	RIC	2,00	1,60	1,70	2,60	
N-B	Me	5,70	5,65	5,79	6,15	0,072
	Med	5,80	5,80	5,90	6,00	
	Dt	0,64	0,75	0,60	0,66	
	RIC	0,80	0,60	0,80	1,00	

Variable labor asistencial.

La valoración de las dimensiones de la escala PRAM en función del lugar en donde los profesionales de enfermería desarrollan su labor asistencial, no muestra diferencias significativas al respecto. Únicamente se aprecia una tendencia a la significación estadística en la dimensión de escape ($p < 0.085$), la cual presenta unos valores más elevados, en aquellos profesionales que desarrollan su labor asistencial en el medio hospitalario (tabla 48).

Tabla 48. Descriptivos de la variable labor asistencial según la muestra global.				
ACTIVIDAD ASISTENCIAL GLOBAL PRAM		Hospital	Ambulatorio	U de Mann-Whitney
M	Me	3,64	3,49	0,272
	Med	3,57	3,57	
	Dt	1,25	1,33	
	RIC	2,00	2,00	
Ev	Me	2,99	2,91	0,496
	Med	2,80	2,40	
	Dt	2,25	2,47	
	RIC	2,20	2,60	
R	Me	3,87	3,63	0,151
	Med	4,00	3,70	
	Dt	1,61	1,67	
	RIC	2,30	2,88	
Es	Me	3,75	3,53	0,085
	Med	3,80	3,40	
	Dt	1,41	1,52	
	RIC	1,80	2,20	
N-B	Me	5,71	5,82	0,203
	Med	5,80	5,80	
	Dt	0,83	0,75	
	RIC	1,00	1,00	

Cuando se analizan estas mismas dimensiones en función de las submuestras de Navarra y de Valdivia, apreciamos la existencia de tendencias a la significación estadística en los valores de la dimensión de evitación en la región de Valdivia ($p < 0.073$), con valores más elevados en aquellos profesionales que realizan su labor asistencial de forma ambulatoria, y también unos valores más elevados en la dimensión de Neutral Biológica en este mismo grupo de profesionales ($p < 0.051$) (tabla 49).

ACTIVIDAD ASISTENCIAL LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		Hospital	Ambul*	U de Mann-Whitney	Hospital	Ambul*	U de Mann-Whitney
M	Me	3,76	3,52	0,132	3,35	3,37	0,910
	Med	3,64	3,71		3,14	3,00	
	Dt	1,18	1,30		1,35	1,47	
	RIC	1,75	1,86		2,21	2,50	
Ev	Me	3,05	2,82	0,105	2,83	3,37	0,073
	Med	2,80	2,20		2,60	3,00	
	Dt	1,52	1,59		1,46	1,42	
	RIC	2,40	2,60		2,20	2,00	
R	Me	3,40	3,37	0,966	4,94	4,91	0,864
	Med	3,65	3,50		4,90	5,00	
	Dt	1,57	1,56		1,12	1,60	
	RIC	2,80	2,80		1,55	2,95	
Es	Me	3,60	3,48	0,360	4,07	3,77	0,274
	Med	3,70	3,40		4,00	3,80	
	Dt	1,42	1,50		1,33	1,65	
	RIC	2,20	2,40		1,80	1,80	
N-B	Me	5,71	5,78	0,629	5,70	6,02	0,051
	Med	5,80	5,80		5,80	6,00	
	Dt	0,89	0,76		0,68	0,69	
	RIC	1,20	1,00		0,70	1,10	

(*Ambul: Ambulatorio.)

Variable composición familiar

En relación con las características de la composición familiar de los miembros de la muestra, se han apreciado diferencias significativas en los valores de la dimensión miedo a la muerte, en los que significativamente se aprecian valores más elevados en aquellos profesionales de enfermería que tienen pareja ($p < 0.002$). Sucede esto también de forma significativa respecto de la dimensión de evitación ($p < 0.011$). Con respecto a la dimensión escape (0.022) se aprecian valores mayores en los profesionales que no tienen pareja, como se aprecia en la tabla 50.

Tabla 50. Descriptivos de la variable composición familiar según la muestra global.				
COMPOSICIÓN FAMILIAR GLOBAL PRAM		Pareja con/sin hijos	No pareja	U de Mann-Whitney
M	Me	3,73	3,31	0,002
	Med	3,71	3,14	
	Dt	1,26	1,28	
	RIC	1,86	2,00	
Ev	Me	3,09	2,69	0,011
	Med	2,80	2,20	
	Dt	1,55	1,44	
	RIC	2,60	2,00	
R	Me	3,71	3,98	0,151
	Med	3,90	4,00	
	Dt	1,62	1,63	
	RIC	2,78	1,90	
Es	Me	3,56	3,87	0,022
	Med	3,40	4,00	
	Dt	1,44	1,45	
	RIC	2,10	2,00	
N-B	Me	5,74	5,74	0,628
	Med	5,80	5,80	
	Dt	0,79	0,85	
	RIC	1,15	1,00	

Los hallazgos previamente descritos respecto de los valores de las dimensiones miedo a la muerte, evitación y escape de la vida, también se repiten en la muestra de Navarra en aquellos enfermeros con pareja, según muestra la tabla 51 ($p < 0.005$, $p < 0.029$ y $p < 0.020$ respectivamente).

En Valdivia no se encontraron diferencias significativas al respecto en este apartado (tabla 51).

Tabla 51. Descriptivos de la variable composición familiar según el lugar de origen.

COMPOSICIÓN FAMILIAR LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA			
		Pareja con/sin hijos		No pareja	U de Mann-Whitney	Pareja con/sin hijos		No pareja
M	Me	3,67	3,81	3,36	0,005	3,44	3,22	0,402
	Med	3,71	3,71	3,29		3,36	3,00	
	Dt	1,23	1,21	1,24		1,38	1,37	
	RIC	1,79	1,71	1,89		2,25	2,29	
Ev	Me	2,97	3,09	2,67	0,029	3,08	2,73	0,138
	Med	2,60	2,80	2,20		3,00	2,40	
	Dt	1,55	1,58	1,45		1,44	1,43	
	RIC	2,40	2,80	2,25		2,25	1,80	
R	Me	3,38	3,37	3,47	0,716	4,98	4,87	0,487
	Med	3,60	3,45	3,80		5,05	4,80	
	Dt	1,56	1,54	1,62		1,27	1,20	
	RIC	2,80	2,70	3,00		1,38	2,00	
Es	Me	3,56	3,42	3,83	0,020	4,06	3,96	0,781
	Med	3,60	3,40	4,00		3,90	4,00	
	Dt	1,45	1,41	1,49		1,43	1,39	
	RIC	2,20	2,20	2,25		2,00	1,60	
N-B	Me	5,74	5,71	5,78	0,245	5,85	5,68	0,283
	Med	5,80	5,80	6,00		5,80	5,80	
	Dt	0,84	0,82	0,90		0,63	0,76	
	RIC	1,20	1,20	1,00		0,80	1,00	

Variable presencia de descendientes (hijos/as).

Cuando se analiza los valores obtenidos en las diferentes dimensiones de la escala PRAM, apreciamos la existencia de diferencias significativas en los valores de ésta en base a sí los profesionales encuestados tenían o no descendencia. En aquellos profesionales con hijos apreciamos de forma significativa valores más elevados de la dimensión miedo a la muerte ($p<0.039$) e inferiores, también de forma significativa, de aquellos correspondientes a la dimensión escape de la vida ($p<0.005$). Se aprecia una tendencia a la significación estadística con valores más elevados en la dimensión de evitación en aquellos profesionales que tienen hijos ($p<0.059$) (tabla 52).

Tabla 52. Descriptivos de la variable hijos según la muestra global.

HIJOS GLOBAL PRAM		SIN HIJOS	CON HIJOS	U de Mann-Whitney
M	Me	3,46	3,73	0,039
	Med	3,43	3,71	
	Dt	1,28	1,27	
	RIC	2,00	2,00	
Ev	Me	2,81	3,11	0,059
	Med	2,40	3,00	
	Dt	1,47	1,57	
	RIC	2,20	2,60	
R	Me	3,92	3,67	0,131
	Med	4,00	3,90	
	Dt	1,66	1,59	
	RIC	2,40	2,70	
Es	Me	3,84	3,47	0,005
	Med	4,00	3,40	
	Dt	1,46	1,41	
	RIC	2,00	2,00	
N-B	Me	5,74	5,73	0,863
	Med	5,80	5,80	
	Dt	0,78	0,83	
	RIC	1,00	1,20	

Cuando valoramos estos hallazgos en función del origen de la muestra, Navarra o Valdivia, apreciamos que las diferencias significativas previamente indicadas derivan de hallazgos presentes en la muestra de Navarra donde se repiten las significaciones previamente descritas (tabla 53).

En la región chilena de Valdivia no se aprecian diferencias significativas en aquellos profesionales con hijos o sin ellos, respecto de los valores de las dimensiones de la escala PRAM.

Tabla 53. Descriptivos de la variable hijos según el lugar de origen.							
HIJOS LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		SIN HIJOS	CON HIJOS	U de Mann- Whitney	SIN HIJOS	CON HIJOS	U de Mann- Whitney
M	Me	3,51	3,84	0,028	3,34	3,35	0,960
	Med	3,57	3,86		3,14	3,07	
	Dt	1,24	1,22		1,38	1,38	
	RIC	1,96	1,71		2,14	2,29	
Ev	Me	2,80	3,13	0,080	2,84	3,03	0,378
	Med	2,40	2,80		2,40	3,10	
	Dt	1,48	1,61		1,46	1,42	
	RIC	2,20	2,60		1,80	2,20	
R	Me	3,47	3,33	0,571	4,95	4,90	0,886
	Med	3,70	3,45		4,90	5,05	
	Dt	1,64	1,49		1,16	1,35	
	RIC	2,88	2,60		2,00	1,28	
Es	Me	3,71	3,38	0,040	4,14	3,83	0,154
	Med	3,80	3,40		4,20	3,70	
	Dt	1,50	1,38		1,35	1,49	
	RIC	2,15	2,20		1,60	1,70	
N-B	Me	5,77	5,69	0,353	5,68	5,90	0,163
	Med	5,80	5,80		5,80	5,80	
	Dt	0,81	0,87		0,71	0,66	
	RIC	1,15	1,20		0,80	1,05	

Variable vivir solo/a.

En relación con si los participantes del estudio vivían o no solos, encontramos para el global de la muestra, mayor miedo a la muerte entre aquellos profesionales de enfermería que no viven solos ($p < 0.008$), así como una mayor tendencia a la significación entre aquellos enfermeros con actitudes de evitación a la muerte (tabla 54).

Tabla 54. Descriptivos de la variable vivir solo/a según la muestra global.

VIVE SOLO/A GLOBAL PRAM		NO	SI	U de Mann-Whitney
M	Me	3,67	3,23	0,008
	Med	3,71	3,14	
	Dt	1,27	1,27	
	RIC	2,00	2,07	
Ev	Me	3,02	2,66	0,064
	Med	2,80	2,20	
	Dt	1,54	1,42	
	RIC	2,40	1,90	
R	Me	3,81	3,72	0,562
	Med	4,00	3,90	
	Dt	1,65	1,55	
	RIC	2,68	2,00	
Es	Me	3,64	3,76	0,334
	Med	3,60	4,00	
	Dt	1,46	1,39	
	RIC	2,00	2,10	
N-B	Me	5,72	5,82	0,194
	Med	5,80	6,00	
	Dt	0,81	0,77	
	RIC	1,00	0,90	

Como se observa en la tabla 55, aquellos enfermeros pertenecientes a la muestra de Navarra y que viven solos/as, presentan menores niveles de miedo ante la muerte ($p < 0.016$), frente aquellos que viven en familia con hijos. En Valdivia no encontramos diferencias significativas al respecto.

Tabla 55. Descriptivos de la variable vive solo/a según el lugar de origen.							
VIVE SOLO/A PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		NO	SI	U de Mann-Whitney	NO	SI	U de Mann-Whitney
M	Me	3,76	3,31	0,016	3,42	3,01	0,201
	Med	3,71	3,21		3,21	2,71	
	Dt	1,23	1,21		1,35	1,44	
	RIC	1,86	1,93		2,14	2,36	
Ev	Me	3,03	2,71	0,202	3,01	2,54	0,118
	Med	2,60	2,40		2,90	2,20	
	Dt	1,58	1,39		1,42	1,52	
	RIC	2,60	2,15		2,20	2,30	
R	Me	3,40	3,36	0,824	4,99	4,68	0,149
	Med	3,50	3,70		5,00	4,10	
	Dt	1,56	1,56		1,27	1,04	
	RIC	2,70	2,98		1,58	1,85	
Es	Me	3,50	3,73	0,159	4,06	3,82	0,613
	Med	3,40	4,00		3,90	4,00	
	Dt	1,47	1,34		1,38	1,54	
	RIC	2,40	2,15		1,80	2,20	
N-B	Me	5,70	5,87	0,142	5,79	5,69	0,967
	Med	5,80	6,00		5,80	6,00	
	Dt	0,86	0,74		0,66	0,85	
	RIC	1,20	0,80		0,80	0,90	

Variable lugar de residencia habitual.

No se encontraron diferencias significativas en las muestras de la población del estudio en función de si los participantes viven en un pueblo o en una ciudad, para las actitudes ante la muerte de la escala PRAM, como se demuestra en la tabla 56.

Tabla 56. Descriptivos de la variable residencia habitual según la muestra global.				
RESIDENCIA HABITUAL GLOBAL PRAM		MENOS 5000 (rural)	MAS 5000 (urbano)	U de Mann-Whitney
M	Me	3,61	3,58	0,790
	Med	3,71	3,57	
	Dt	1,29	1,27	
	RIC	2,00	1,86	
Ev	Me	2,88	2,99	0,356
	Med	2,40	2,80	
	Dt	1,59	1,48	
	RIC	2,60	2,20	
R	Me	3,68	3,81	0,656
	Med	4,10	4,00	
	Dt	1,70	1,61	
	RIC	3,05	2,50	
Es	Me	3,83	3,62	0,201
	Med	4,00	3,60	
	Dt	1,57	1,41	
	RIC	2,60	2,00	
N-B	Me	5,80	5,75	0,495
	Med	5,80	5,80	
	Dt	0,84	0,75	
	RIC	1,20	1,00	

Variable profesar una religión.

Con respecto a si los participantes de la muestra global profesan una religión, se han encontrado valores mayores en aquellos profesionales de enfermería que presentan más miedo ($p<0.006$), evitación ($p<0.033$), escape ($p<0.035$) y reaceramiento ($p<0.000$) con diferencias significativas respectivamente. Al contrario, aquellos que han declarado no profesar una religión, muestran valores mayores en la dimensión neutral-biológico ($p<0.000$) (tabla 57).

¿Profesa alguna religión? GLOBAL PRAM		SI	NO	U de Mann-Whitney
M	Me	3,70	3,32	0,006
	Med	3,71	3,14	
	Dt	1,27	1,25	
	RIC	2,00	1,93	
Ev	Me	3,04	2,75	0,033
	Med	2,80	2,40	
	Dt	1,50	1,55	
	RIC	2,40	2,10	
R	Me	4,32	2,50	0,000
	Med	4,50	2,00	
	Dt	1,41	1,39	
	RIC	1,70	2,20	
Es	Me	3,79	3,41	0,025
	Med	3,80	3,60	
	Dt	1,46	1,38	
	RIC	2,20	2,00	
N-B	Me	5,66	5,95	0,000
	Med	5,80	6,00	
	Dt	0,84	0,69	
	RIC	1,00	1,00	

La tabla 58 muestra diferencias entre los enfermeros de la región de Navarra que refieren profesar alguna religión, alcanzando los valores más elevados en las dimensiones de miedo ($p < 0.001$), evitación ($p < 0.039$), reaceramiento ($p < 0.000$) y escape ($p < 0.049$). Se han alcanzado valores inferiores en la dimensión neutral biológica en aquellos que dicen profesar una religión ($p < 0.000$). En la región de Valdivia se aprecia también diferencias significativas al mismo sentido respecto de la dimensión de reaceramiento en los enfermeros que profesan una religión ($p < 0.009$).

Tabla 58. Descriptivos de la variable religión según el lugar de origen.

¿PROFESA ALGUNA RELIGIÓN? LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		SI	NO	U de Mann-Whitney	SI	NO	U de Mann-Whitney
M	Me	3,84	3,33	0,001	3,38	3,26	0,555
	Med	3,71	3,36		3,29	3,00	
	Dt	1,21	1,20		1,33	1,55	
	RIC	1,86	1,86		2,21	2,29	
Ev	Me	3,09	2,75	0,039	2,95	2,79	0,463
	Med	2,80	2,40		2,80	2,40	
	Dt	1,54	1,53		1,40	1,69	
	RIC	2,65	2,00		2,20	2,00	
R	Me	3,97	2,22	0,000	5,12	4,09	0,009
	Med	4,15	1,75		5,10	4,40	
	Dt	1,39	1,18		1,10	1,48	
	RIC	1,93	1,90		1,70	2,00	
Es	Me	3,68	3,31	0,049	4,05	4,01	0,874
	Med	3,60	3,40		4,20	3,80	
	Dt	1,47	1,39		1,43	1,18	
	RIC	2,20	2,20		1,80	1,40	
N-B	Me	5,61	5,97	0,000	5,76	5,83	0,662
	Med	5,60	6,00		5,80	5,80	
	Dt	0,89	0,68		0,69	0,72	
	RIC	1,20	1,00		0,80	1,00	

Variable práctica religiosa

Cuando se analiza la práctica de actividades religiosas en función de la frecuencia con la que se desarrollan a lo largo del tiempo, se aprecian diferencias significativas en las dimensiones de reaceramiento ($p < 0,000$) y de escape, con unos valores más elevados en aquellos enfermeros que practican la religión al menos una vez por semana, frente a aquellos que lo realizan con menor frecuencia (tabla 59).

Tabla 59. Descriptivos de la variable práctica religiosa según la muestra global.				
PRACTICA RELIGIOSA GLOBAL PRAM		Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney
M	Me	3,60	3,77	0,314
	Med	3,57	3,71	
	Dt	1,29	1,18	
	RIC	2,14	1,71	
Ev	Me	3,01	2,99	0,994
	Med	2,80	2,60	
	Dt	1,49	1,47	
	RIC	2,40	2,40	
R	Me	3,83	5,11	0,000
	Med	4,00	5,10	
	Dt	1,48	1,06	
	RIC	2,10	1,20	
Es	Me	3,63	4,21	0,003
	Med	3,60	4,40	
	Dt	1,44	1,32	
	RIC	2,00	2,00	
N-B	Me	5,70	5,61	0,248
	Med	5,80	5,60	
	Dt	0,81	0,74	
	RIC	1,00	0,80	

Analizada la frecuencia de la práctica religiosa en función de la región de procedencia de los enfermeros de Navarra y de Valdivia, se aprecia una significación estadística con valores más elevados de la dimensión de reaceramiento en ambas regiones ($p < 0.000$ y $p < 0.007$ respectivamente) en aquellos con más práctica religiosa semanalmente, y de mayor escape únicamente en la región de Navarra ($p < 0.003$) (tabla 60).

PRÁCTICA RELIGIOSA LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney	Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney
M	Me	3,72	3,93	0,263	3,32	3,14	0,724
	Med	3,57	3,86		3,14	3,00	
	Dt	1,24	1,13		1,38	1,24	
	RIC	1,86	1,89		2,29	2,07	
Ev	Me	3,01	3,10	0,693	3,01	2,58	0,459
	Med	2,60	2,80		2,80	2,40	
	Dt	1,52	1,57		1,44	0,98	
	RIC	2,40	2,85		2,40	1,90	
R	Me	3,40	4,93	0,000	4,87	5,85	0,007
	Med	3,60	5,00		4,90	6,10	
	Dt	1,39	1,00		1,15	1,04	
	RIC	2,20	0,83		1,60	1,85	
Es	Me	3,49	4,17	0,003	3,95	4,42	0,346
	Med	3,40	4,40		4,00	4,60	
	Dt	1,42	1,33		1,46	1,37	
	RIC	2,35	2,00		1,60	2,60	
N-B	Me	5,67	5,63	0,526	5,78	5,57	0,248
	Med	5,80	5,60		5,80	5,80	
	Dt	0,86	0,79		0,70	0,61	
	RIC	1,00	0,90		0,80	0,80	

Variable asistencia a ritos fúnebres en la infancia.

Como se aprecia en la tabla 61, respecto de las dimensiones de miedo y evitación, se aprecia unos valores más elevados en aquellos enfermeros que en su infancia no asistieron a ritos funerarios ($p < 0.041$ y $p < 0.043$ respectivamente). Además, como muestra dicha tabla, también se aprecian valores más elevados de la dimensión de escape, en aquellos enfermeros que sí acudieron a ritos funerarios en la infancia ($p < 0.023$).

En su niñez asistía a ritos funerarios		TOTAL	SI	NO	U de Mann-Whitney
GLOBAL PRAM					
M	Me	3,60	3,50	3,79	0,041
	Med	3,77	3,57	3,86	
	Dt	1,29	1,25	1,32	
	RIC	1,96	1,86	2,00	
Ev	Me	2,99	2,86	3,21	0,043
	Med	2,50	2,40	3,20	
	Dt	1,56	1,49	1,60	
	RIC	2,30	2,10	2,60	
R	Me	3,75	3,85	3,60	0,121
	Med	4,00	4,10	3,80	
	Dt	1,58	1,68	1,50	
	RIC	2,60	2,70	2,40	
Es	Me	3,66	3,76	3,43	0,023
	Med	3,65	3,80	3,40	
	Dt	1,42	1,46	1,39	
	RIC	1,90	1,80	2,00	
N-B	Me	5,68	5,78	5,64	0,155
	Med	5,80	5,80	5,80	
	Dt	0,79	0,78	0,85	
	RIC	1,20	1,20	1,00	

Como muestra la tabla 62, los profesionales de enfermería de Valdivia que asistían a funerales en su infancia presentan de forma significativa menor evitación ($p < 0.037$) y mayor escape ante la muerte ($p < 0.037$), frente aquellos que no lo hacían. En Navarra no se encontraron diferencias significativas al respecto, pero sí una tendencia a la significación con valores más elevados en la dimensión neutral biológica en los enfermeros de Navarra ($p < 0.094$).

¿En su niñez asistía a ritos funerarios? LUGAR DE ORIGEN PRAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		SI	NO	U de Mann-Whitney	SI	NO	U de Mann-Whitney
M	Me	3,60	3,81	0,144	3,27	3,68	0,222
	Med	3,57	3,86		3,14	3,50	
	Dt	1,21	1,28		1,34	1,47	
	RIC	1,57	1,93		2,07	2,25	
Ev	Me	2,89	3,13	0,203	2,78	3,56	0,037
	Med	2,40	3,00		2,40	3,70	
	Dt	1,54	1,56		1,35	1,72	
	RIC	2,40	2,60		1,80	2,90	
R	Me	3,41	3,31	0,593	4,96	4,83	0,736
	Med	3,70	3,40		4,95	4,90	
	Dt	2,63	2,02		1,55	1,42	
	RIC	2,80	2,40		1,93	1,55	
Es	Me	3,61	3,41	0,248	4,15	3,48	0,037
	Med	3,60	3,40		4,20	3,50	
	Dt	1,47	1,39		1,38	1,40	
	RIC	2,20	2,00		2,00	1,70	
N-B	Me	5,79	5,60	0,094	5,76	5,82	0,953
	Med	5,80	5,80		5,80	5,80	
	Dt	0,82	0,89		0,71	0,63	
	RIC	1,20	1,00		0,80	0,75	

Variable pérdida de un ser querido.

Analizando los valores de la escala PRAM en relación con la existencia de una pérdida relevante de un familiar en la historia afectiva del enfermero, se aprecia una tendencia a la significación estadística con puntuaciones mayores en la dimensión de evitación ($P < 0.075$). Cuando se analiza esto mismo en las submuestras de Navarra y de Valdivia se aprecia la existencia de significación estadística con valores más elevados de la dimensión evitación en aquellos enfermeros de Navarra que no han sufrido ninguna pérdida relevante en el ámbito familiar ($P < 0.029$) y mayor de reaceramiento en aquellos que si la han sufrido ($P < 0.049$) (tabla 63).

Tabla 63. Descriptivos de la variable pérdida de un ser querido de la escala PRAM.				GLOBAL	NAVARRA	VALDIVIA
¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido? PRAM		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
M	Me	3,58	3,69	0,648	0,328	0,928
	Med	3,57	3,29			
	Dt	1,27	1,32			
	RIC	1,86	2,07			
Ev	Me	2,91	3,45	0,075	0,029	0,964
	Med	2,60	3,40			
	Dt	1,49	1,76			
	RIC	2,20	2,90			
R	Me	3,80	3,57	0,404	0,049	0,514
	Med	4,00	4,00			
	Dt	1,64	1,55			
	RIC	2,60	2,65			
Es	Me	3,67	3,68	0,849	0,964	0,794
	Med	3,60	3,80			
	Dt	1,44	1,52			
	RIC	2,00	2,10			
N-B	Me	5,75	5,68	0,425	0,238	0,761
	Med	5,80	5,80			
	Dt	0,82	0,68			
	RIC	1,20	1,00			
* Datos no mostrados						

Variable preparación emocional y técnica para el cuidado de pacientes en fin de vida.

Respecto de las preguntas realizadas a los enfermeros en relación con su sentimiento subjetivo de preparación emocional y técnica para asistir a pacientes en procesos de fin de vida (tabla 64), se ha apreciado la existencia de una importante y significativa correlación positiva entre los valores de las escalas de Likert correspondientes a las preguntas referentes a la preparación emocional y técnica. Se apreció una correlación negativa significativa entre la valoración subjetiva de estar preparado emocionalmente a esta finalidad y las dimensiones de miedo y de evitación ($p < 0.000$), y una relación positiva de carácter significativo entre este sentimiento subjetivo de preparación emocional y la dimensión neutral biológica ($p < 0.000$). De forma similar, se aprecia una significativa correlación negativa entre el sentimiento de estar preparado técnicamente y las dimensiones de miedo y evitación ($p < 0.001$ y $p < 0.000$ respectivamente). Contrariamente, esta relación es positiva de forma significativa, entre este sentimiento de capacitación técnica y la dimensión neutral biológica ($p < 0.003$)

Tabla 64. Correlación entre las variables preparación emocional y preparación técnica para el cuidado del paciente terminal y las dimensiones del PRAM.			
CORRELACIONES Rho de Spearman		¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?	¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?
¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?	Coefficiente de correlación	0,634**	
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	430	
MIEDO	Coefficiente de correlación	-0,199**	-0,164**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,001
	N	430	437
EVITACIÓN	Coefficiente de correlación	-0,249**	-0,214**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	430	437
REACERCAMIENTO	Coefficiente de correlación	-0,03399397	0,00720262
	Sig. (bilateral)	0,482	0,881
	N	430	437
ESCAPE	Coefficiente de correlación	-0,003144856	0,007301358
	Sig. (bilateral)	0,948	0,879
	N	430	437
NEUTRAL-BIOLÓGICA	Coefficiente de correlación	0,219**	0,144**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,003
	N	430	437
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).			

5.3. Resultados del cuestionario BAM de afrontamiento a la muerte.

5.3.1 Análisis de la escala BAM: correlación interna.

La tabla 65 muestra las correlaciones entre las diferentes agrupaciones de ítems de la escala de Bugen calculada en su totalidad o según las agrupaciones de auto afrontamiento o de afrontamiento de la muerte de otras personas. Se aprecia, cómo era esperable, una importante correlación positiva de carácter significativo entre todas ellas ($p < 0.000$).

Tabla 65. Correlaciones de Pearson de la escala BAM.			
Correlaciones Pearson		Valor de la Escala de BAM TOTAL	Valor BAM Auto Afrontamiento
Valor BAM Auto Afrontamiento	Correlación de Pearson	0,851**	
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	439	
Valor BAM Afrontamiento de otros	Correlación de Pearson	0,801**	0,542**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	439	439
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).			

5.3.2. Descriptivos de la escala BAM según el lugar de origen.

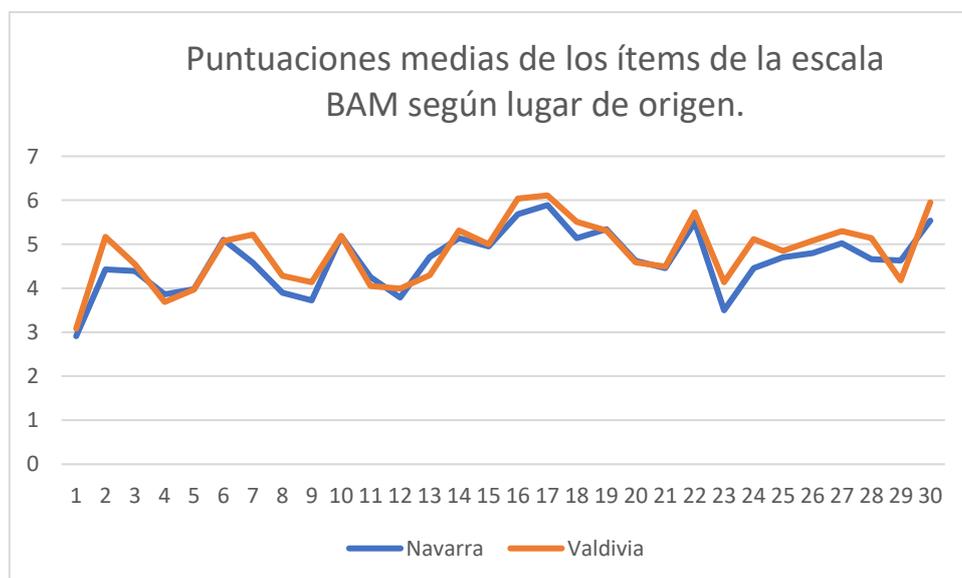
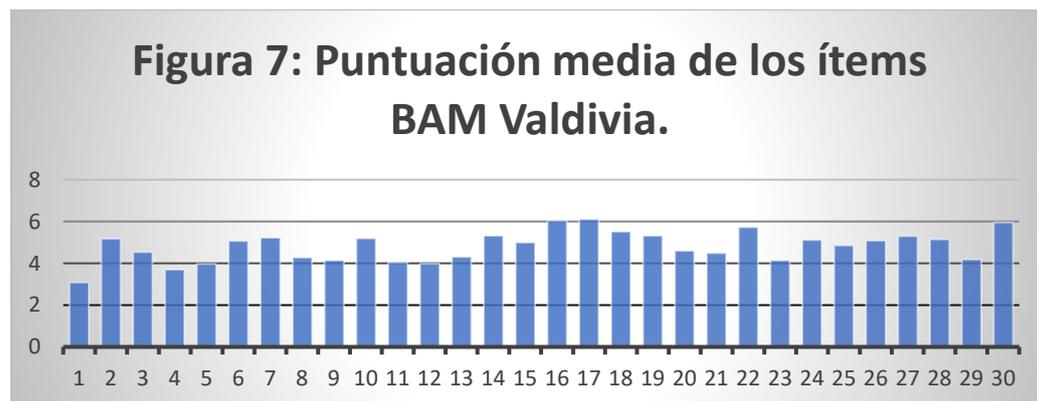
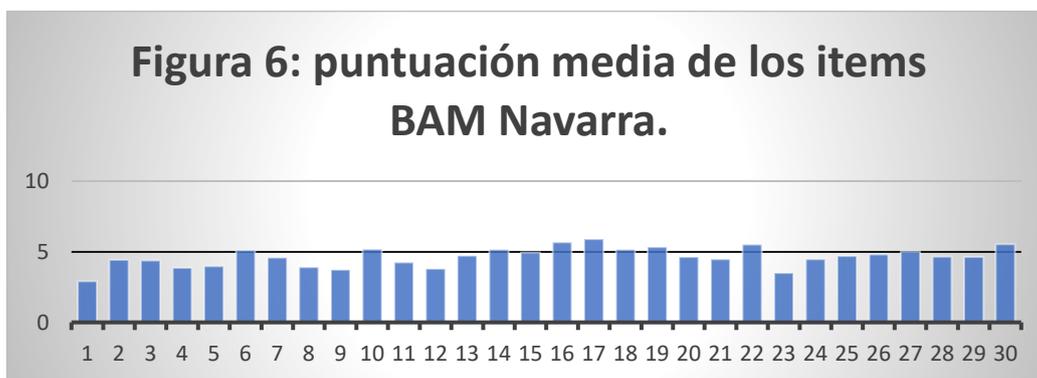
Se presentan a continuación los descriptivos representados tanto por la media y la desviación típica, como por la mediana y el rango intercuartil, de los ítems y de las variables factoriales de la escala BAM (tabla 66). Para el contraste de las puntuaciones medias se ha empleado la prueba de Spearman ($p < 0,05$).

La media del valor total de la escala BAM, en función del lugar de origen, fue menor en Navarra, de 138,79 (23,91), frente a 144,52 (26,11) en Valdivia (tabla 66). Así mismo, la puntuación media de los ítems de la escala BAM, ha sido de 4,62 en la muestra de Navarra, y de 4,81 en la muestra de Valdivia con diferencias significativas al respecto ($p < 0,019$).

Según la agrupación de los ítems del afrontamiento de la propia muerte y el afrontamiento de la muerte de los demás, se ha encontrado igualmente una tendencia a existir diferencias significativas entre la muestra de Navarra (4,24) y la de Valdivia (4,52) ($p < 0,061$) respectivamente (tabla 66)

Tabla 66. Descriptivos de la muestra global y según el lugar de origen.					
BAM		GLOBAL	NAVARRA	VALDIVIA	Spearman
BAM TOTAL	Me	4,68	4,63	4,82	0,019
	Med	4,70	4,60	4,90	
	Dt	0,820	0,797	0,870	
	RIC	1	1	1	
BAM Afrontamiento propia Muerte	Me	4,3171	4,4414	4,6062	0,061
	Med	4,3333	4,4444	4,6667	
	Dt	1,04295	0,95822	1,04023	
	RIC	1,44	1,33	1,44	
BAM Afrontamiento Muerte de otros	Me	4,6895	4,7021	4,8406	0,286
	Med	4,6667	4,6667	4,8333	
	Dt	1,11435	1,05232	1,11515	
	RIC	1,67	1,50	1,67	

Las puntuaciones medias de cada ítem de la escala BAM, en función del origen de la muestra, se representan de forma gráfica las figuras 6 y 7. Tanto en Navarra como en Valdivia la media más alta de los elementos de la escala, obteniendo 5.9 y 6.1 puntos sobre 7 respectivamente, la alcanza el ítem 17 “Me importa más la calidad de mi vida que su duración”. Por otro lado, la puntuación media más baja en ambas regiones la alcanza con 2.9 y 3.1 puntos respectivamente, el ítem 1 “Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”.



La tabla 67 muestra los diferentes ítems de la escala de Bugen (BAM) identificando en color azul aquellos que se relacionan con el afrontamiento de la muerte de otras personas y de color marrón aquellos ítems que se relacionan con el auto afrontamiento. Por otra parte, se muestran los valores de la media y la desviación típica de cada uno de los ítems para el total de la muestra o de las submuestras de las regiones de Navarra y Valdivia, mostrando además la existencia de diferencias significativas en los valores de estos ítems entre ambas regiones cuando se analiza mediante la prueba de U de Mann Whitney.

Tabla 67. Descriptivos de los ítems que componen la escala BAM.											
Ítem	BAM	TOTAL (n=439)			NAVARRA (n=325)			VALDIVIA (n=114)			U de Mann-Whitney Sig. Asint
		Me	Dt.	α-Cronbach elemento suprimido	Me	Dt.	α-Cronbach elemento suprimido	Me	Dt.	α-Cronbach elemento suprimido	
1	Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	2,95	1,792	0,900	2,91	1,792	0,900	3,08	1,795	0,908	0,388
2	Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir	4,62	1,561	0,887	4,43	1,561	0,887	5,17	1,432	0,895	0,000
3	La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	4,43	1,791	0,889	4,39	1,791	0,889	4,54	1,796	0,896	0,496
4	Estoy enterado/a de todos los servicios que ofrecen las funerarias	3,82	2,016	0,887	3,86	1,989	0,887	3,69	2,096	0,895	0,445
5	Estoy enterado/a de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos	3,98	1,968	0,887	3,98	1,935	0,887	3,97	2,067	0,895	0,990
6	Estoy enterado/a de todas las emociones que caracterizan al duelo humano	5,09	1,488	0,887	5,10	1,421	0,887	5,07	1,671	0,894	0,670
7	Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	4,74	2,022	0,892	4,58	2,010	0,892	5,22	1,990	0,899	0,001
8	Me siento preparada/o para afrontar mi muerte	4,00	1,811	0,884	3,90	1,775	0,884	4,28	1,889	0,892	0,052
9	Me siento preparada/o para afrontar mi proceso de morir	3,83	1,807	0,884	3,72	1,768	0,884	4,14	1,886	0,892	0,044
10	Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	5,18	1,514	0,888	5,18	1,476	0,888	5,19	1,623	0,897	0,717
11	Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	4,20	1,943	0,885	4,25	1,902	0,885	4,05	2,056	0,893	0,448
12	Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	3,85	1,801	0,889	3,79	1,800	0,889	3,99	1,807	0,896	0,301
13	Ítem 13 (Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente) INVERTIDO	4,60	1,849	0,897	4,71	1,780	0,897	4,30	2,009	0,908	0,072
14	Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	5,19	1,476	0,887	5,14	1,434	0,887	5,31	1,592	0,895	0,131
15	Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir	4,96	1,433	0,886	4,95	1,389	0,886	5,00	1,557	0,894	0,612
16	Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	5,77	1,258	0,890	5,68	1,223	0,890	6,04	1,323	0,897	0,000

17	Me importa más la calidad de mi vida que su duración	5,95	1,361	0,889	5,89	1,353	0,889	6,11	1,379	0,896	0,027
18	Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos	5,24	1,681	0,885	5,14	1,631		5,51	1,796	0,892	0,004
19	Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	5,33	1,749	0,885	5,34	1,670	0,885	5,31	1,965	0,892	0,438
20	Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	4,62	1,523	0,887	4,62	1,476	0,887	4,59	1,655	0,893	0,995
21	Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	4,47	1,651	0,885	4,46	1,578	0,885	4,49	1,849	0,894	0,512
22	Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5,56	1,220	0,887	5,50	1,188	0,887	5,73	1,299	0,897	0,016
23	Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3,66	1,794	0,887	3,50	1,730	0,887	4,14	1,895	0,895	0,001
24	Ítem 24 (Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo) INVERTIDO	4,63	1,622	0,897	4,46	1,580	0,897	5,12	1,646	0,900	0,000
25	Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	4,74	1,591	0,887	4,70	1,599	0,887	4,85	1,570	0,896	0,469
26	Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	4,87	1,423	0,885	4,80	1,388	0,885	5,08	1,506	0,893	0,024
27	Sería capaz de hablar con un amigo o un miembro de la familia sobre su muerte	5,10	1,535	0,884	5,02	1,541	0,884	5,30	1,505	0,893	0,067
28	Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.	4,78	1,402	0,884	4,66	1,407	0,884	5,14	1,330	0,893	0,001
29	Me puedo comunicar con las personas en trance de muerte (moribundos)	4,51	1,663	0,884	4,63	1,593	0,884	4,18	1,816	0,896	0,021
30	Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	5,64	1,536	0,887	5,54	1,532	0,887	5,95	1,510	0,895	0,001
Leyenda:											
Afrontamiento de la propia muerte (ítems 2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 20 y 21).											
Afrontamiento de la muerte de otros (ítems 6, 22, 23, 25, 26 y 29).											

En relación con la tabla 67, se aprecian diferencias significativas en los valores de los ítems de la escala BAM de ambas regiones, en los enunciados número 2, 7, 9, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 26, 28, 29 y 30.

Por otro lado, en función de las dos dimensiones definidas para el BAM (afrontamiento de la propia muerte y afrontamiento de la muerte de los demás) fueron, según el lugar de origen (tabla 67):

-Para la dimensión afrontamiento de la propia muerte:

Encontramos diferencias entre las dos muestras en los enunciados 2 y 9 ($p < 0,05$ respectivamente).

-Para la dimensión afrontamiento de la muerte de otros:

Encontramos diferencias significativas entre las dos muestras de enfermeros según el origen, en los enunciados 22, 23, 26 y 29 ($p < 0,05$ respectivamente).

5.3.3 Relación entre las variables demográficas y la escala BAM.

El estudio de la correlación entre las variables sociodemográficas y las dimensiones del BAM se realizó a través de un contraste no paramétrico U-Mann Whitney para las variables categóricas de dos grupos, y a través de la prueba de Kruskal Wallis para las variables categóricas de más de dos grupos (variables grupos de edad y años de experiencia profesional). Se describen a continuación los resultados.

Variable sexo.

Cuando se analizan los valores de la escala de BAM en relación con el sexo de los enfermeros, apreciamos la existencia de unos niveles mayores de auto afrontamiento de la muerte propia, en los enfermeros varones de forma significativa (tabla 68).

SEXO GLOBAL BAM		GLOBAL	MUJER	VARON	U de Mann-Whitney
Media de Ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,68	4,66	4,94	0,066
	Med	4,70	4,63	4,97	
	Dt	0,820	0,82	0,78	
	RIC	1	1,13	0,74	
Media Ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,3171	4,45	4,89	0,015
	Med	4,3333	4,44	4,94	
	Dt	1,04295	0,99	0,72	
	RIC	1,44	1,33	0,92	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,6895	4,72	4,99	0,102
	Med	4,6667	4,67	5,17	
	Dt	1,11435	1,07	1,11	
	RIC	1,67	1,50	1,13	

Cuando analizamos estas dimensiones en función de la región de origen de los enfermeros vemos que el carácter significativo de valores mayores del auto afrontamiento se debe a este hallazgo en la región de Valdivia ($p < 0.021$) (tabla 69).

SEXO LUGAR DE ORIGEN BAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		MUJER	VARON	U de Mann-Whitney	MUJER	VARON	U de Mann-Whitney
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,61	4,84	0,155	4,79	5,29	0,189
	Med	4,57	4,93		4,88	5,10	
	Dt	0,80	0,81		0,88	0,60	
	RIC	1,10	0,92		1,24	0,79	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,41	4,72	0,106	4,56	5,50	0,021
	Med	4,33	4,72		4,61	5,33	
	Dt	0,98	0,69		1,04	0,43	
	RIC	1,33	0,94		1,42	0,53	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,69	4,98	0,092	4,83	5,06	0,647
	Med	4,67	5,25		4,83	5,00	
	Dt	1,05	1,17		1,13	0,93	
	RIC	1,50	1,08		1,67	1,42	

Variable grupos de edad.

Los valores de la escala de BAM en relación con los diferentes grupos de edad de los enfermeros muestran que, respecto del valor total de la escala, existen diferencias significativas con unos valores más elevados de esta escala, en aquellos enfermeros con edades comprendidas entre los 55 y los 65 años. Este mismo hallazgo, respecto de este mismo grupo de edad, también de carácter significativo, se aprecia en aquellos ítems de la escala de Bugen referentes al auto afrontamiento (tabla 70)

GRUPOS EDAD GLOBAL BAM		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,53	4,62	4,67	4,94	0,002
	Med	4,50	4,60	4,70	4,93	
	Dt	0,76	0,82	0,83	0,84	
	RIC	1,02	1,15	1,20	0,99	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,30	4,42	4,46	4,81	0,004
	Med	4,22	4,44	4,44	4,89	
	Dt	0,97	0,97	0,96	0,99	
	RIC	1,44	1,39	1,22	1,42	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,64	4,69	4,72	4,96	0,132
	Med	4,67	4,67	4,83	5,00	
	Dt	0,98	1,06	1,14	1,09	
	RIC	1,50	1,50	1,67	1,46	

Cuando se investigan estos resultados en las diferentes submuestras de Navarra ($p < 0.005$) y Valdivia ($p < 0.007$), se aprecia un valor medio mayor en el grupo de mayor edad en ambas regiones, siendo significativo en ambos casos. Además, los valores medios de auto afrontamiento de la propia muerte entre los profesionales de enfermería en Navarra son mayores en los participantes de mayor edad ($p < 0.002$) (tabla 71) y en Valdivia, los valores medios de afrontamiento de la muerte de otros son también mayores para este mismo grupo de edad ($p < 0.034$) (tabla 72).

Tabla 71. Descriptivos de la variable grupos de edad de la muestra de Navarra.						
GRUPOS EDAD NAVARRA BAM		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,49	4,50	4,59	4,89	0,005
	Med	4,43	4,43	4,57	4,93	
	Dt	0,68	0,81	0,82	0,80	
	RIC	0,98	1,15	1,18	0,87	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,21	4,33	4,38	4,79	0,002
	Med	4,22	4,33	4,44	4,89	
	Dt	0,86	0,95	0,95	0,99	
	RIC	1,33	1,39	1,33	1,56	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,68	4,63	4,63	4,89	0,349
	Med	4,67	4,67	4,58	5,00	
	Dt	0,94	1,04	1,11	1,08	
	RIC	1,50	1,46	1,67	1,50	

Tabla 72. Descriptivos de la variable grupos de edad de la muestra de Valdivia.						
GRUPOS EDAD VALDIVIA BAM		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,57	4,95	5,16	5,23	0,007
	Med	4,60	4,90	5,20	5,30	
	Dt	0,85	0,76	0,72	1,06	
	RIC	1,10	1,10	1,12	1,25	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,40	4,71	4,91	4,95	0,235
	Med	4,44	4,78	5,00	4,89	
	Dt	1,09	0,97	0,91	1,00	
	RIC	2,00	1,44	1,61	1,33	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,60	4,84	5,27	5,37	0,034
	Med	4,67	4,67	5,33	5,33	
	Dt	1,04	1,10	1,24	1,08	
	RIC	1,50	2,00	1,92	1,75	

Variable experiencia profesional.

La valoración de los resultados de la escala BAM en relación con los años de experiencia profesional de los enfermeros, muestra una tendencia a la significación con valores más elevados del global de la escala, en aquellos enfermeros con más de 26 años de experiencia profesional (tabla 73).

EXPERIENCIA PROFESIONAL GLOBAL BAM		< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal-Wallis
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,50	4,62	4,59	4,80	0,053
	Med	4,53	4,58	4,57	4,83	
	Dt	0,80	0,78	0,82	0,85	
	RIC	1,10	1,06	1,20	1,07	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,29	4,39	4,40	4,63	0,108
	Med	4,44	4,33	4,44	4,56	
	Dt	1,08	0,89	1,05	0,97	
	RIC	1,78	1,22	1,56	1,33	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,56	4,75	4,71	4,78	0,576
	Med	4,50	4,83	4,83	4,83	
	Dt	1,08	1,05	0,98	1,13	
	RIC	1,58	1,33	1,58	1,33	

Estas diferencias adquieren carácter significativo cuando lo analizamos en los enfermeros procedentes de Navarra, en los cuales el valor medio de la escala de BAM ($p < 0.024$) y el de los ítems de auto afrontamiento ($p < 0.029$) son más elevados en aquellos enfermeros con mayor experiencia profesional (tabla 74).

EXPERIENCIA PROFESIONAL NAVARRA BAM		< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal-Wallis
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,65	4,45	4,52	4,75	0,024
	Med	4,77	4,40	4,43	4,77	
	Dt	0,86	0,70	0,83	0,82	
	RIC	1,27	0,93	1,15	1,06	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,25	4,22	4,33	4,60	0,029
	Med	4,22	4,11	4,44	4,56	
	Dt	1,08	0,79	1,06	0,97	
	RIC	1,56	1,33	1,61	1,22	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	5,09	4,61	4,70	4,70	0,404
	Med	5,50	4,67	4,83	4,67	
	Dt	1,30	0,99	0,96	1,11	
	RIC	2,00	1,33	1,58	1,50	

En la región de Valdivia, significativamente los datos adquieren valores más elevados en la puntuación de la escala BAM ($p < 0.002$), y en aquellos ítems referentes al afrontamiento de la muerte de otras personas ($p < 0.004$), conforme mayor experiencias profesionales poseen los enfermeros del estudio (tabla 75).

EXPERIENCIA PROFESIONAL VALDIVIA BAM		TOTAL	< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal-Wallis
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,82	4,46	4,96	4,92	5,23	0,002
	Med	4,90	4,48	5,00	5,12	5,30	
	Dt	0,87	0,79	0,84	0,73	0,96	
	RIC	1,16	1,08	1,05	1,08	1,13	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,61	4,30	4,75	4,72	4,89	0,157
	Med	4,67	4,44	4,78	4,67	4,89	
	Dt	1,04	1,10	0,98	1,01	0,95	
	RIC	1,44	1,81	1,44	1,61	1,22	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,84	4,42	5,05	4,78	5,41	0,004
	Med	4,83	4,50	5,17	4,92	5,33	
	Dt	1,12	0,98	1,12	1,11	1,10	
	RIC	1,67	1,21	1,42	1,88	1,83	

Variable labor asistencial

En función del lugar donde se desarrolla la actividad profesional, obtenemos valores significativamente más elevados de la escala de BAM ($p < 0.005$), y del afrontamiento de la muerte de otras personas ($p < 0.019$), en aquellos enfermeros que desarrollan su labor de forma predominante en un entorno ambulatorio (tabla 76)

ACTIVIDAD ASISTENCIAL GLOBAL BAM		Hospital	Ambulatorio	U de Mann-Whitney
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,60	4,82	0,005
	Med	4,58	4,88	
	Dt	0,81	0,82	
	RIC	1,08	0,98	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,43	4,58	0,133
	Med	4,44	4,67	
	Dt	1,00	0,94	
	RIC	1,44	1,31	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,65	4,91	0,019
	Med	4,67	4,83	
	Dt	1,10	1,00	
	RIC	1,54	1,17	

En la región de Navarra son los enfermeros que desarrollan su labor en el medio ambulatorio los que de forma significativa presentan los valores más elevados en la escala BAM ($p < 0.005$), y en el afrontamiento de la muerte de otras personas ($p < 0.044$), y una tendencia a la significación estadística en el auto afrontamiento ($p < 0.067$) (tabla 77).

ACTIVIDAD ASISTENCIAL NAVARRA BAM		Hospital	Ambulatorio	U de Mann-Whitney
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,54	4,77	0,005
	Med	4,50	4,83	
	Dt	0,79	0,79	
	RIC	1,03	0,93	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,37	4,55	0,067
	Med	4,33	4,56	
	Dt	0,97	0,94	
	RIC	1,33	1,22	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,61	4,86	0,044
	Med	4,67	4,83	
	Dt	1,09	0,97	
	RIC	1,50	1,33	

Cuando se analizan específicamente estos aspectos en la población de Valdivia, no se aprecian diferencias significativas (tabla 78).

ACTIVIDAD ASISTENCIAL VALDIVIA BAM		TOTAL	Hospital	Ambulatorio	U de Mann-Whitney
		114	89	25	
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,82	4,75	5,06	0,126
	Med	4,90	4,87	4,97	
	Dt	0,87	0,85	0,90	
	RIC	1,16	1,17	1,33	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,61	4,58	4,71	0,696
	Med	4,67	4,67	4,78	
	Dt	1,04	1,07	0,95	
	RIC	1,44	1,44	1,50	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,84	4,75	5,18	0,108
	Med	4,83	4,83	5,17	
	Dt	1,12	1,10	1,13	
	RIC	1,67	1,50	1,75	

Variable composición familiar.

La tabla 79 muestra los valores de la escala BAM en relación con la composición del núcleo familiar de las personas participantes en el estudio según vivieran en pareja (con o sin hijos) o en otros núcleos familiares. No se encuentran diferencias significativas ni en los valores totales de la escala de mujer ni en aquellos que hacen referencia al auto afrontamiento o al afrontamiento de la muerte de otras personas.

Tabla 79. Descriptivos de la variable composición familiar.						
COMPOSICIÓN FAMILIAR		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Pareja con/sin hijos	No pareja	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,66	4,71	0,374	0,235	0,342
	Med	4,67	4,75			
	Dt	0,81	0,85			
	RIC	1,07	1,25			
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,45	4,52	0,303	0,371	0,954
	Med	4,44	4,67			
	Dt	0,95	1,03			
	RIC	1,31	1,56			
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,69	4,83	0,339	0,299	0,881
	Med	4,83	4,83			
	Dt	1,09	1,05			
	RIC	1,46	1,67			
					* Datos no mostrados	

Variable vivir solo/a.

La tabla 80 muestra los valores de la escala BAM, en relación con si los participantes del estudio viven solos o en compañía de otras personas. No se aprecian diferencias significativas en relación con esta variable.

Tabla 80. Descriptivos de la variable vive solo/a.						
Vive solo/a		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,73	4,66	0,429	0,342	0,938
	Med	4,75	4,68			
	Dt	0,85	0,82			
	RIC	1,26	1,07			
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,56	4,46	0,344	0,386	0,621
	Med	4,72	4,44			
	Dt	0,97	0,98			
	RIC	1,53	1,33			
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,74	4,74	0,908	0,531	0,209
	Med	4,67	4,83			
	Dt	1,06	1,08			
	RIC	1,79	1,50			
* Datos no mostrados						

Variable lugar de residencia.

La tabla 81 muestra los valores de la escala BAM de Bugen en relación con el ámbito de residencia en un entorno de menos de 5000 habitantes o superior a estas cifras, que hemos considerado como representativo de un entorno predominantemente rural o urbano. No se aprecian diferencias significativas en la puntuación total de la escala de bujan ni en aquella puntuación referente al auto afrontamiento o al afrontamiento de la muerte de otras personas.

Tabla 81. Descriptivos de la variable lugar de residencia.						
Lugar de Residencia		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		MENOS 5000	MAS 5000	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,67	4,69	0,816	0,582	0,990
	Med	4,73	4,70			
	Dt	0,76	0,84			
	RIC	1,07	1,17			
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,50	4,50	0,854	0,561	0,392
	Med	4,67	4,44			
	Dt	1,00	0,97			
	RIC	1,39	1,44			
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,68	4,76	0,538	0,899	0,453
	Med	4,83	4,75			
	Dt	1,03	1,10			
	RIC	1,25	1,50			
* Datos no mostrados						

Variable tener hijos.

La tabla 82 muestra los valores de la escala BAM en relación con la existencia de hijos en el entorno familiar de los partícipes del estudio. No se aprecian diferencias significativas en los resultados de la escala en relación con esta circunstancia.

Tabla 82. Descriptivos de la variable hijos.						
Tener Hijos		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,68	4,68	0,902	0,383	0,078
	Med	4,70	4,70			
	Dt	0,81	0,83			
	RIC	1,10	1,13			
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,47	4,49	0,923	0,948	0,452
	Med	4,44	4,44			
	Dt	1,01	0,95			
	RIC	1,44	1,22			
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,76	4,72	0,848	0,280	0,086
	Med	4,83	4,83			
	Dt	1,04	1,11			
	RIC	1,50	1,54			
					* Datos no mostrados	

Variable profesar una religión.

La tabla 83 muestra los valores de la escala BAM de Bugen en relación con El reconocimiento por parte de los partícipes del estudio de profesar o no una religión (mayoritariamente católica). No se aprecian diferencias significativas en los valores de la escala en relación con la actividad religiosa de los partícipes del estudio.

Tabla 83. Descriptivos de la variable profesar una religión.						
¿Profesa alguna religión?		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,67	4,70	0,396	0,054	0,416
	Med	4,63	4,80			
	Dt	0,82	0,83			
	RIC	1,08	1,20			
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,48	4,50	0,910	0,556	0,994
	Med	4,44	4,44			
	Dt	0,99	0,96			
	RIC	1,33	1,44			
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,73	4,74	0,486	0,301	0,877
	Med	4,67	4,83			
	Dt	1,05	1,12			
	RIC	1,38	1,50			
* Datos no mostrados						

Variable práctica religiosa

La tabla 84 muestra los valores de la escala BAM de Bugen en relación con La frecuencia con la que los partícipes del estudio participan en actividades religiosas, bien con una frecuencia de al menos una vez por semana o por contra una vez al mes o menos frecuentemente. No se aprecian diferencias significativas en los valores de la escala en función de esta variable de práctica religiosa

Tabla 84. Descriptivos de la variable práctica religiosa.						
Práctica religiosa		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,66	4,74	0,770	0,936	0,484
	Med	4,70	4,52			
	Dt	0,83	0,70			
	RIC	1,17	0,96			
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,49	4,54	0,760	0,839	0,302
	Med	4,56	4,50			
	Dt	1,00	0,91			
	RIC	1,33	1,25			
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,72	4,87	0,286	0,563	0,195
	Med	4,67	4,83			
	Dt	1,05	1,02			
	RIC	1,67	1,33			
					* Datos no mostrados	

Variable asistencia a ritos funerarios en la infancia

La tabla 85 muestra los valores de la escala BAM en relación con la asistencia y participación en la infancia en ritos de carácter funerario. Esto es básicamente, asistir a funerales o entierros en su entorno social de la infancia. Si se apreciaron en relación con esta variable diferencias significativas tanto en los valores de la escala ($p < 0.002$) como en aquellos referentes al auto afrontamiento ($p < 0.015$) o al afrontamiento de la muerte de otros ($p < 0.037$). En todos los casos, los valores más elevados se presentaron en aquellos partícipes del estudio que si se habían visto vinculados en la infancia con rituales relacionados con la muerte de otras personas. Esto era más evidente en la submuestra de Navarra, de forma significativa, y no así en la muestra de Valdivia, en la que no se apreciaba esta significación (Tabla 86).

En su niñez asistía a ritos funerarios GLOBAL BAM		Si	No	U de Mann-Whitney
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,75	4,49	0,002
	Med	4,80	4,47	
	Dt	0,80	0,84	
	RIC	1,12	1,07	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,55	4,31	0,015
	Med	4,56	4,33	
	Dt	0,99	0,95	
	RIC	1,44	1,33	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,80	4,57	0,037
	Med	4,83	4,50	
	Dt	1,02	1,17	
	RIC	1,33	1,58	

En su niñez asistía a ritos funerarios LUGAR DE ORIGEN BAM		NAVARRA			VALDIVIA		
		SI	NO	U de Mann-Whitney	SI	NO	U de Mann-Whitney
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,71	4,45	0,004	4,85	4,69	0,619
	Med	4,70	4,43		4,90	4,67	
	Dt	0,81	0,75		0,79	1,14	
	RIC	1,13	1,00		1,01	2,04	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,52	4,28	0,027	4,65	4,46	0,534
	Med	4,56	4,33		4,67	4,72	
	Dt	0,97	0,91		1,02	1,13	
	RIC	1,44	1,17		1,47	1,69	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,79	4,50	0,016	4,83	4,88	0,712
	Med	4,83	4,50		4,83	5,08	
	Dt	1,03	1,08		1,01	1,47	
	RIC	1,33	1,50		1,54	2,54	

Variable pérdida de un ser querido.

Como se han mostrado en datos anteriores, de forma mayoritaria, los integrantes del estudio habían sufrido para la edad en la que se les realizó la encuesta, la pérdida de algún ser querido que fuera relevante para ellos. Se aprecian diferencias significativas en los valores de la escala a favor de aquellas personas que relataban la pérdida de un ser querido, tanto en los valores medios de la escala ($p < 0.004$), como en aquellos referentes al auto afrontamiento ($p < 0.003$) o al afrontamiento de la muerte de otras personas ($p < 0.048$) (tabla 87).

¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido?		Si	No	U de Mann-Whitney
BAM-GLOBAL				
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,71	4,31	0,004
	Med	4,70	4,40	
	Dt	0,82	0,77	
	RIC	1,10	1,00	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,53	4,04	0,003
	Med	4,56	4,00	
	Dt	0,97	0,97	
	RIC	1,33	1,44	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,77	4,41	0,048
	Med	4,83	4,50	
	Dt	1,07	1,05	
	RIC	1,50	1,17	

También como muestra la tabla 88, haber sufrido la pérdida de un familiar o de alguien muy querido, es significativo en la muestra procedente de Navarra para el total de la escala BAM ($p < 0.008$), para el auto afrontamiento de la muerte ($p < 0.012$) y para el afrontamiento de la muerte de los demás ($p < 0.022$). En relación con la muestra de Valdivia, no se llega a la significación estadística pero sí se aprecia una tendencia tanto en el auto afrontamiento ($p < 0.069$) como en los valores de la escala BAM-TOTAL ($p < 0.075$).

¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido? BAM LUGAR DE ORIGEN		NAVARRA			VALDIVIA		
		SI	NO	U de Mann-Whitney	SI	NO	U de Mann-Whitney
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Me	4,66	4,18	0,008	4,87	4,51	0,075
	Med	4,63	4,17		4,97	4,55	
	Dt	0,79	0,81		0,89	0,68	
	RIC	1,13	1,12		1,11	1,05	
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Me	4,48	3,93	0,012	4,67	4,22	0,069
	Med	4,44	3,78		4,78	4,22	
	Dt	0,94	1,04		1,06	0,84	
	RIC	1,33	1,39		1,56	1,69	
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Me	4,74	4,22	0,022	4,86	4,71	0,618
	Med	4,83	4,17		5,00	4,67	
	Dt	1,04	1,07		1,14	0,97	
	RIC	1,50	1,33		1,83	1,00	

Variable preparación emocional y técnica para el cuidado de pacientes en fin de vida.

La tabla 89 recoge los valores de correlación entre los valores medios de las dimensiones de la escala y los valores otorgados por los partícipes de la encuesta respecto de su sentimiento subjetivo de estar preparado/a emocionalmente y/o técnicamente, para el cuidado de pacientes en fin de vida. Se apreció la existencia de una correlación positiva, significativa, entre los valores de la escala BAM, los del auto afrontamiento de la muerte y los del afrontamiento de la muerte de otras personas, con respecto al sentimiento subjetivo de sentirse técnica o emocionalmente preparado/a para cuidar a pacientes en proceso de fin de vida ($p < 0,000$). Parece existir, por tanto, una buena relación entre los valores objetivados por la escala BAM (afrontamiento de la muerte), respecto de lo que emocional o técnicamente supone el ejercicio de su profesión, en relación con el cuidado de pacientes en esta situación de fin de vida.

Tabla 89. Correlaciones de la escala BAM-GLOBAL y las variables preparación emocional y preparación técnica para asistir a pacientes en fin de vida.			
CORRELACIONES BAM GLOBAL Rho de Spearman		¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?	¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?
¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?	Coeficiente de correlación	0,634**	
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	430	
Media de ítems de la Escala BAM TOTAL	Coeficiente de correlación	0,427**	0,461**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	430	437
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Coeficiente de correlación	0,352**	0,376**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	430	437
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Coeficiente de correlación	0,452**	0,489**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	430	437
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

5.4 Resultados del cuestionario FATCOD-B de aptitudes hacia el cuidado del paciente terminal.

5.4.1 Análisis de la escala FATCOD-B: correlación interna.

Como puede apreciarse en la siguiente tabla (tabla 90), era de esperar que todos los factores y las valoraciones agrupadas en la escala se encuentren fuertemente correlacionadas.

Tabla 90. Correlaciones de las dimensiones de la escala FATCOD-B.					
Correlaciones Pearson		Media Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Media Aptitudes Positivas	Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Correlación de Pearson	0,740**			
	Sig. (bilateral)	0,000			
	N	439			
Media Aptitudes Negativas (invertidas) Media Aptitudes Positivas	Correlación de Pearson	0,872**	0,316**		
	Sig.	0,000	0,000		
	N	439	439		
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente) Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Correlación de Pearson	0,888**	0,397**	0,965**	
	Sig.	0,000	0,000	0,000	
	N	439	439	439	
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Correlación de Pearson	0,707**	,906**	0,337**	0,314**
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439	439
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).					
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).					

5.4.2 Descriptivos de la escala FATCOD-B según el lugar de origen.

La puntuación total de la escala según el lugar de origen fue de 96.87 (12.25) en la población de enfermeros de Navarra y de 101.8 (12.43) en la de enfermeros de Valdivia (tabla 91), existiendo diferencias significativas entre ambas puntuaciones ($p < 0.020$).

Origen	N	Media	Desviación típica	Mediana	AIC	p-valor
TOTAL	439	97.97	12.42	99.0	11.0	0.020
Navarra	325	96.87	12.25	98.0	10.0	
Valdivia	114	101.08	12.43	101.5	13.25	

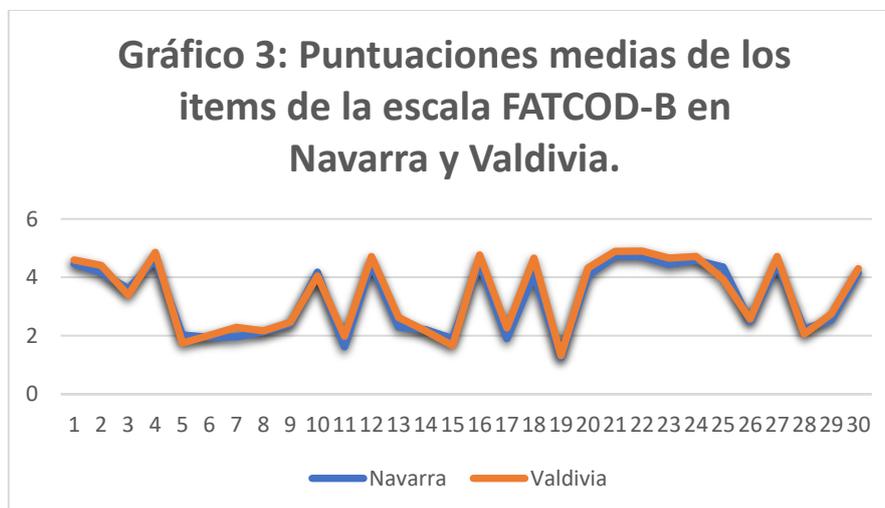
La tabla 92 muestra los resultados medios y la desviación típica, obtenidos en los diferentes ítems contestados por los participantes del estudio. Se muestra también la variación del Alfa de Cronbach, en si alguno de los ítems fuera suprimido de la escala. Los datos se muestran para el total de la muestra, así como para las muestras de Navarra y de Valdivia, indicando la existencia de significación estadística o no cuando se comparan los valores obtenidos en estas dos últimas regiones.

ESCALA FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA			VALDIVIA			U de Mann-Whitney
		Me	Dt	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Me	Dt	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Me	Dt	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
1 P	Proporcionar cuidados al moribundo es una experiencia que merece la pena	4,50	0,849	0,771	4,46	0,851	0,772	4,60	0,838	0,777	0,025
2 P	La muerte no es lo peor que le puede pasar a una persona	4,23	1,117	0,780	4,17	1,120	0,781	4,41	1,096	0,785	0,007
3 N	Es incómodo hablar sobre la muerte inminente con el moribundo	3,55	1,167	0,784	3,61	1,143	0,787	3,39	1,223	0,782	0,088
4 P	Las atenciones a la familia del paciente deberían continuar a lo largo del periodo de dolor y duelo	4,67	0,660	0,773	4,61	0,715	0,773	4,86	0,418	0,781	0,000
5 N	A mí no me gustaría atender a un moribundo	1,96	1,140	0,775	2,03	1,177	0,776	1,75	1,003	0,780	0,021
6 N	Los cuidadores que no pertenezcan a la familia no deben ser los que hablen de la muerte con el moribundo	1,97	1,097	0,774	1,95	1,079	0,777	2,02	1,152	0,773	0,739
7 N	El periodo de tiempo requerido para atender a un moribundo me frustraría	2,04	1,104	0,775	1,96	1,053	0,776	2,29	1,210	0,776	0,012
8 N	Me disgustaría que el moribundo al que estoy atendiendo perdiera la esperanza de recuperarse	2,14	1,151	0,772	2,13	1,133	0,777	2,17	1,204	0,767	0,899
9 N	Es difícil establecer una relación cercana con el moribundo	2,41	1,213	0,779	2,40	1,194	0,780	2,46	1,270	0,784	0,761

10 P	En ocasiones la muerte es bien recibida por el moribundo	4,15	1,004	0,780	4,18	0,979	0,779	4,05	1,071	0,787	0,270
11 N	Cuando un paciente pregunta "¿me estoy muriendo?" creo que es mejor cambiar de tema hacia algo más alegre	1,72	0,995	0,771	1,62	0,927	0,773	1,98	1,129	0,770	0,001
12 P	La familia debería estar involucrada en el cuidado físico del moribundo	4,53	0,767	0,776	4,46	0,791	0,777	4,72	0,659	0,783	0,000
13 N	Tendría esperanzas de que la persona a la que atiendo muriera cuando no esté presente	2,39	1,163	0,774	2,30	1,103	0,777	2,63	1,292	0,774	0,022
14 N	Tengo miedo de trabar una amistad con el moribundo	2,20	1,211	0,772	2,21	1,166	0,778	2,17	1,336	0,766	0,283
15 N	Sentiría ganas de huir cuando la persona por fin muriera	1,83	1,028	0,768	1,90	1,037	0,771	1,66	0,985	0,767	0,008
16 P	Las familias necesitan un soporte emocional para aceptar los cambios de humor del moribundo	4,55	0,720	0,775	4,47	0,743	0,775	4,77	0,595	0,782	0,000
17 N	Conforme el paciente se aproxima a la muerte, los cuidadores ajenos a la familia deben retirar su implicación con el paciente	2,00	1,176	0,777	1,91	1,095	0,780	2,27	1,352	0,772	0,024
18 P	Las familias deben preocuparse por ayudar a que el moribundo aproveche lo que le queda de vida	4,24	0,943	0,781	4,09	0,982	0,784	4,66	0,663	0,782	0,000
19 N	El moribundo no tiene permitido tomar decisiones sobre su cuidado físico	1,28	0,749	0,774	1,26	0,703	0,777	1,32	0,867	0,774	0,835
20 P	Las familias deben mantener un ambiente tan normal como sea posible para el moribundo	4,13	1,034	0,784	4,06	1,045	0,787	4,32	0,982	0,785	0,005
21 P	Es beneficioso para el moribundo verbalizar sus sentimientos	4,77	0,511	0,774	4,73	0,517	0,775	4,89	0,475	0,779	0,000
22 P	Los cuidados deben extenderse hasta los familiares del moribundo	4,77	0,505	0,776	4,72	0,536	0,776	4,90	0,376	0,784	0,000
23 P	Los cuidadores deben ofrecer a los moribundos un horario flexible de visitas	4,50	0,808	0,775	4,44	0,828	0,776	4,66	0,727	0,780	0,003
24 P	El moribundo y su familia deben ser los responsables de la toma de decisiones	4,62	0,619	0,777	4,58	0,627	0,777	4,72	0,588	0,785	0,008
25 P	La adicción a la medicación contra el dolor no debe preocupar cuando se trata de un moribundo	4,25	1,175	0,789	4,36	1,067	0,785	3,94	1,397	0,803	0,008
26 N	Me sentiría incómodo si, al entrar en la habitación de un enfermo terminal, le encuentro llorando	2,51	1,291	0,771	2,50	1,249	0,776	2,57	1,408	0,766	0,809
27 P	Los moribundos deben recibir respuestas sinceras sobre su enfermedad	4,52	0,761	0,778	4,45	0,817	0,781	4,72	0,524	0,780	0,002
28 N	La educación de las familias sobre la muerte no es una responsabilidad de los cuidadores ajenos a la familia	2,19	1,191	0,776	2,23	1,179	0,780	2,06	1,221	0,772	0,075
29 N	Los miembros de la familia que permanecen cerca del moribundo a menudo interfieren en el trabajo de los profesionales con el paciente	2,59	1,143	0,784	2,54	1,115	0,788	2,75	1,211	0,778	0,145
30 P	Es posible para los cuidadores ajenos a la familia ayudar a los pacientes a preparar la muerte	4,19	0,845	0,771	4,16	0,852	0,773	4,30	0,819	0,774	0,091
P: ítem positivo N: ítem negativo		LOS ÍTEMS NEGATIVOS SE ENCUENTRAN CON SU PUNTUACION NO INVERTIDA									
Leyenda: en sombreado naranja, los ítems que pertenecen al Factor I y en blanco, los ítems que pertenecen al factor II.											

De acuerdo a la tabla 92, se han encontrado diferencias significativas en todos los ítems de la escala, menos en los enunciados 6, 8, 9, 14, 19, 26 y 29. En aquellos ítems con diferencias significativas entre ellos, los participantes enfermeros de Valdivia puntúan más que los de Navarra, menos en el ítems 5 “a mí no me gustaría atender a un moribundo”, en el 15 “sentiría ganas de huir cuando la persona por fin muriera” y en el 25, “la adicción a la medicación contra el dolor no debe preocupar cuando se trata de un moribundo”, en los cuales son los enfermeros de Navarra los que puntúan más.

Por otro lado, el siguiente gráfico, muestra de forma visual las diferencias entre las puntuaciones medias de los participantes de ambas regiones (gráfico 3).



Siguiendo el modelo de dos factores de Nakai y col., en la que los enunciados se agrupan en I (*actitudes positivas hacia el cuidado del paciente terminal*) y II (percepción de los cuidados centrados en el paciente terminal y su familia) obtenemos los resultados que se muestran en la tabla 93 (recordamos que se excluye el ítem 10). Dicha tabla, muestra los valores de la tendencia central y su dispersión referentes a las aptitudes positivas y negativas (en este caso con los valores invertidos) y sus diferencias entre las regiones de Navarra y de Valdivia ($p < 0.005$). Se aprecian diferencias significativas a favor de las actitudes positivas en aquellos partícipes del estudio que residían en Valdivia ($p < 0.000$). Este mismo hallazgo se aprecia cuando se valoran los resultados relativos al factor II de Nakai ($p < 0.000$), que recoge de forma más específica las aptitudes de los partícipes respecto a los cuidados dirigidos a la familia del paciente en fin de vida.

FATCOD-B		GLOBAL	NAVARRA	VALDIVIA	U de Mann-Whitney
		N 436	n 322	n 114	
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,13	4,11	4,17	0,205
	Med	4,17	4,17	4,20	
	Dt	0,37	0,36	0,38	
	RIC	0,50	0,53	0,51	
Media Aptitudes Positivas	Me	4,44	4,40	4,57	0,000
	Med	4,53	4,47	4,60	
	Dt	0,38	0,40	0,29	
	RIC	0,47	0,47	0,27	
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,81	3,83	3,77	0,428
	Med	3,87	3,87	3,80	
	Dt	0,52	0,49	0,61	
	RIC	0,73	0,70	0,87	
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,85	3,86	3,83	0,676
	Med	3,88	3,88	3,88	
	Dt	0,51	0,48	0,57	
	RIC	0,69	0,69	0,75	
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,47	4,42	4,60	0,000
	Med	4,54	4,46	4,62	
	Dt	0,39	0,40	0,31	
	RIC	0,54	0,54	0,38	

5.4.3 Relación de las variables sociodemográficas y la escala FATCOD-B.

Variable sexo.

La tabla 94 muestra los valores del global de las aptitudes, de las aptitudes positivas y de las negativas, en este caso con el valor invertido, así como de los factores 1 y 2 de Nakai, respecto del sexo de los participantes en el estudio. No se aprecian diferencias significativas en ningún caso

Tabla 94. Descriptivos de la variable sexo.							
SEXO FATCOD-B		GLOBAL				NAVARRA	VALDIVIA
		TOTAL	Mujer	Varón	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,13	4,13	4,12	0,954	0,753	0,713
	Med	4,17	4,17	4,17			
	Dt	0,37	0,37	0,38			
	RIC	0,50	0,53	0,55			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,44	4,44	4,41	0,927	0,946	0,914
	Med	4,53	4,53	4,53			
	Dt	0,38	0,38	0,42			
	RIC	0,47	0,45	0,62			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,81	3,81	3,83	0,793	0,525	0,517
	Med	3,87	3,87	3,87			
	Dt	0,52	0,52	0,51			
	RIC	0,73	0,67	0,58			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,85	3,85	3,87	0,791	0,584	0,648
	Med	3,88	3,88	3,88			
	Dt	0,51	0,51	0,49			
	RIC	0,69	0,69	0,55			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,47	4,47	4,41	0,569	0,936	0,362
	Med	4,54	4,54	4,50			
	Dt	0,39	0,38	0,41			
	RIC	0,54	0,54	0,56			
						* Datos no mostrados	

Variable grupos de edad.

Según muestra la tabla 95, observamos que en la muestra global no existe una significación con respecto a las aptitudes de los participantes del estudio para el cuidado de pacientes al final de la vida, en función de la edad.

GRUPOS DE EDAD FATCOD-B		GLOBAL					NAVARRA	VALDIVIA
		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal- Wallis	Kruskal- Wallis	Kruskal- Wallis
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,09	4,19	4,13	4,11	0,109	0,228	0,202
	Med	4,12	4,23	4,13	4,18			
	Dt	0,34	0,38	0,33	0,43			
	RIC	0,47	0,44	0,47	0,70			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,43	4,47	4,45	4,41	0,253	0,257	0,016
	Med	4,47	4,57	4,53	4,50			
	Dt	0,29	0,43	0,35	0,46			
	RIC	0,33	0,40	0,47	0,58			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,76	3,91	3,81	3,81	0,214	0,273	0,536
	Med	3,83	3,93	3,80	3,87			
	Dt	0,55	0,49	0,47	0,57			
	RIC	0,72	0,70	0,67	0,80			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,79	3,93	3,84	3,87	0,166	0,273	0,591
	Med	3,88	3,97	3,88	3,94			
	Dt	0,53	0,48	0,46	0,56			
	RIC	0,69	0,69	0,63	0,86			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,47	4,50	4,48	4,40	0,330	0,424	0,029
	Med	4,54	4,54	4,54	4,46			
	Dt	0,30	0,42	0,37	0,46			
	RIC	0,37	0,48	0,62	0,67			
							* Datos no mostrados	

Por otro lado, de acuerdo con esta tabla se ha encontrado una diferencia significativa tanto en las actitudes positivas de FATCOD-B, como en el Factor2 de cuidados centrados en el paciente terminal y su familia, para aquellos participantes de Valdivia de entre 35 a 44 años frente a los demás grupos de edad, con valores mayores respectivamente ($p < 0.016$ y $p < 0.029$) (datos no mostrados en tabla y representados gráficamente en las figuras 8 y 9).

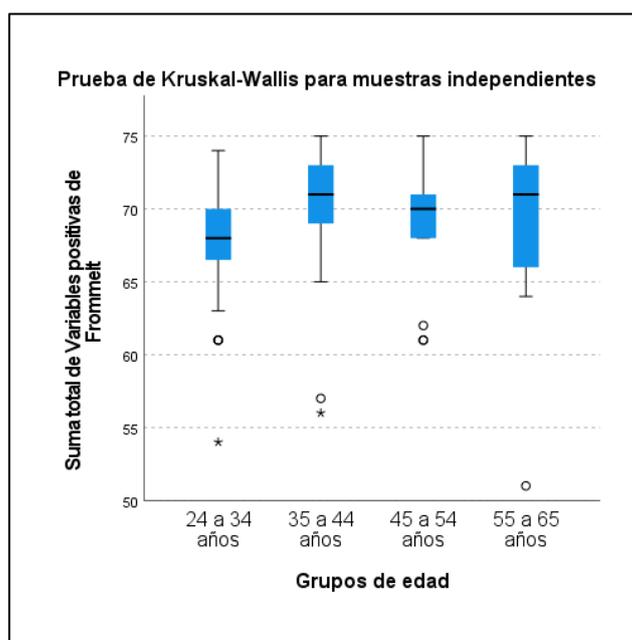


Figura 8. Descriptivos de los grupos de edad y las actitudes positivas de FATCOD-B de la muestra de Valdivia.

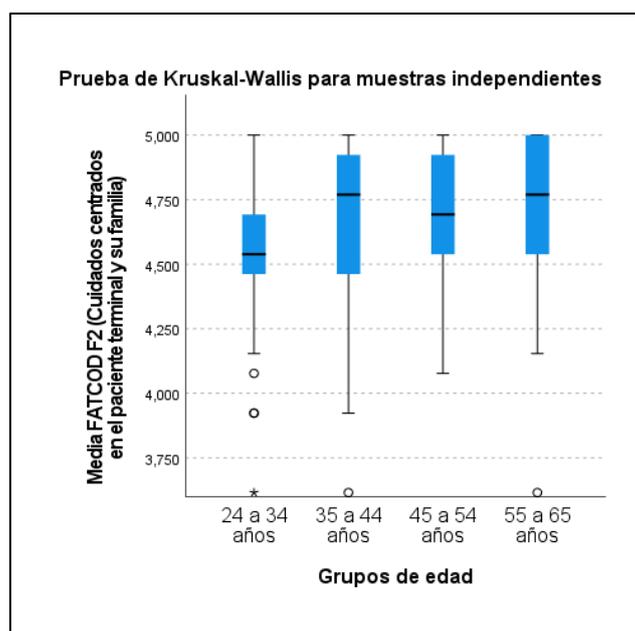


Figura 9. Descriptivos de los grupos de edad y el Factor2 relacionado con el cuidado del paciente terminal y su familia, de la muestra de Valdivia.

Variable experiencia profesional.

La tabla 96 muestra los valores del global de las aptitudes, de las aptitudes positivas y de las negativas, en este caso con el valor invertido, así como de los factores 1 y 2 de Nakai respecto de la experiencia profesional en el ámbito de la enfermería. No se aprecian diferencias significativas ni en la muestra total ni en aquellas de las regiones de Navarra y de Valdivia.

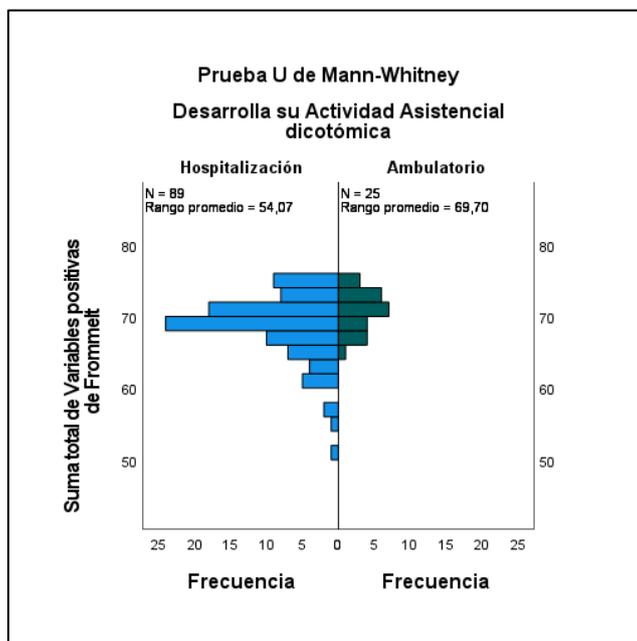
EXPERIENCIA PROFESIONAL FATCOD-B		GLOBAL					NAVARRA	VALDIVIA
		< 5 años	6-15 años	16 a 25 años	> 26 años	Kruskal- Wallis	Kruskal- Wallis	Kruskal- Wallis
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,09	4,13	4,20	4,11	0,210	0,162	0,139
	Med	4,13	4,17	4,27	4,17			
	Dt	0,39	0,34	0,34	0,38			
	RIC	0,60	0,43	0,43	0,57			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,48	4,42	4,49	4,42	0,183	0,051	0,319
	Med	4,53	4,47	4,53	4,47			
	Dt	0,32	0,36	0,39	0,41			
	RIC	0,33	0,38	0,47	0,53			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,71	3,83	3,90	3,80	0,310	0,267	0,232
	Med	3,80	3,93	3,93	3,80			
	Dt	0,65	0,49	0,43	0,51			
	RIC	0,83	0,60	0,55	0,73			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,75	3,85	3,93	3,85	0,258	0,429	0,287
	Med	3,75	3,94	3,97	3,88			
	Dt	0,60	0,47	0,44	0,50			
	RIC	0,84	0,73	0,63	0,75			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,53	4,46	4,52	4,43	0,201	0,187	0,252
	Med	4,54	4,54	4,54	4,46			
	Dt	0,31	0,36	0,40	0,41			
	RIC	0,27	0,38	0,54	0,62			
							* Datos no mostrados	

Variable actividad asistencial.

La tabla 97 muestra los valores del global de las aptitudes, de las aptitudes positivas y de las negativas, en este caso con el valor invertido, así como de los factores 1 y 2 de Nakai, respecto del tipo de actividad asistencial realizado en el ámbito de la enfermería, trabajo en hospitalización o en el medio asistencial ambulatorio.

Tabla 97. Descriptivos de la variable actividad asistencial.						
ACTIVIDAD ASISTENCIAL FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Hospital	Ambul.	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,11	4,15	0,150	0,403	0,059
	Med	4,13	4,20			
	Dt	0,36	0,37			
	RIC	0,50	0,50			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,43	4,46	0,763	0,945	0,036
	Med	4,53	4,53			
	Dt	0,39	0,35			
	RIC	0,40	0,47			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,80	3,85	0,183	0,532	0,170
	Med	3,87	3,93			
	Dt	0,52	0,53			
	RIC	0,67	0,80			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,83	3,88	0,186	0,409	0,210
	Med	3,88	3,94			
	Dt	0,50	0,51			
	RIC	0,75	0,69			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,46	4,47	0,817	0,961	0,028
	Med	4,54	4,54			
	Dt	0,39	0,39			
	RIC	0,54	0,54			
					* Datos no mostrados	

Se aprecian diferencias significativas únicamente en la muestra estudiada en la región de Valdivia de escasa relevancia dado el pequeño número de profesionales que trabajan en el medio ambulatorio. Si bien estos, demuestran unos valores discretamente más elevados en las actitudes positivas y en el factor 2 cuando trabajan en el medio ambulatorio (quizás relacionable por su mayor proximidad con el entorno familiar de los pacientes) (Figuras 10 y 11).



Figuras 10. Descriptivos de los grupos de edad en las actitudes positivas de FATCOD-B de la muestra de Valdivia.

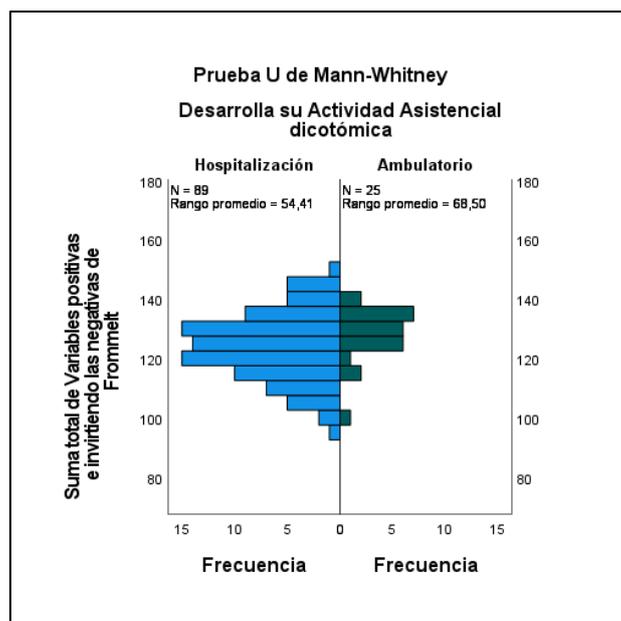


Figura 11. Descriptivos de la variable ámbito asistencial en el Factor2 de FATCOD-B, de la muestra de Valdivia.

Variable composición familiar.

La tabla 98 muestra los valores de la escala FATCOD-B en relación con la composición del núcleo familiar de las personas participantes en el estudio según vivieran en pareja con o sin hijos o en otros diferentes núcleos familiares. No se aprecian diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados en esta escala incluidos los factores 1 y 2 de Nakai.

Tabla 98. Descriptivos de la variable composición familiar.						
COMPOSICIÓN FAMILIAR FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Pareja con/sin hijos	No pareja	U de Mann- Whitney	U de Mann- Whitney	U de Mann- Whitney
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,13	4,14	0,993	0,894	0,894
	Med	4,17	4,17			
	Dt	0,38	0,34			
	RIC	0,53	0,50			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,43	4,47	0,612	0,917	0,963
	Med	4,53	4,53			
	Dt	0,40	0,33			
	RIC	0,40	0,47			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,82	3,81	0,695	0,891	0,793
	Med	3,87	3,87			
	Dt	0,52	0,52			
	RIC	0,73	0,70			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,86	3,85	0,717	0,991	0,585
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,51	0,51			
	RIC	0,69	0,72			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,46	4,50	0,479	0,819	0,676
	Med	4,54	4,54			
	Dt	0,40	0,34			
	RIC	0,54	0,46			
					* Datos no mostrados	

Variable tener hijos/as.

La tabla 99 muestra los valores de la escala FATCOD-B en relación con la existencia de hijos en el entorno familiar de los partícipes del estudio, no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados por esta escala.

Tabla 99. Descriptivos de la variable hijos.						
Tiene hijos FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		NO	SI	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,14	4,12	0,938	0,748	0,371
	Med	4,17	4,17			
	Dt	0,34	0,40			
	RIC	0,50	0,57			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,46	4,43	0,830	0,587	0,970
	Med	4,53	4,53			
	Dt	0,32	0,43			
	RIC	0,40	0,48			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,82	3,82	0,898	0,479	0,233
	Med	3,87	3,87			
	Dt	0,52	0,53			
	RIC	0,73	0,73			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,86	3,85	0,956	0,356	0,126
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,50	0,51			
	RIC	0,75	0,70			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,48	4,46	0,959	0,630	0,803
	Med	4,54	4,54			
	Dt	0,34	0,42			
	RIC	0,46	0,54			
					* Datos no mostrados	

Variable vivir solo/a.

La tabla 100 muestra los valores de la escala FATCOD-B en relación con las circunstancias en la que se desarrolla la vida de los participantes del estudio, bien viviendo solos o en compañías de otras personas. No se aprecian diferencias significativas en los valores estudiados por esta escala.

Tabla 100. Descriptivos de la variable vive solo/a.						
Vive solo/a FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		NO	SI	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,14	4,09	0,207	0,394	0,326
	Med	4,17	4,10			
	Dt	0,37	0,35			
	RIC	0,50	0,50			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,44	4,45	0,514	0,585	0,678
	Med	4,53	4,47			
	Dt	0,39	0,30			
	RIC	0,47	0,40			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,84	3,74	0,141	0,321	0,269
	Med	3,87	3,73			
	Dt	0,51	0,54			
	RIC	0,73	0,77			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,87	3,78	0,143	0,355	0,213
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,50	0,53			
	RIC	0,69	0,78			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,47	4,48	0,978	0,717	0,516
	Med	4,54	4,54			
	Dt	0,40	0,33			
	RIC	0,54	0,42			
					* Datos no mostrados	

Variable lugar de residencia habitual.

La tabla 101 muestra los valores de la escala FATCOD-B en relación con el ámbito residencial de los partícipes bien en pueblos de menos de 5000 habitantes o en ciudades con una cifra superior a ésta. No se han encontrado diferencias significativas en los parámetros estudiados por dicha escala

Tabla 101. Descriptivos de la variable lugar de residencia.						
Lugar de Residencia FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		MENOS 5000	MAS 5000	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,13	4,13	0,827	0,606	0,251
	Med	4,17	4,17			
	Dt	0,35	0,38			
	RIC	0,50	0,53			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,43	4,44	0,403	0,749	0,920
	Med	4,47	4,53			
	Dt	0,34	0,40			
	RIC	0,47	0,47			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,82	3,82	0,947	0,672	0,166
	Med	3,87	3,87			
	Dt	0,52	0,52			
	RIC	0,70	0,67			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,85	3,85	0,902	0,740	0,141
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,50	0,51			
	RIC	0,72	0,69			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,47	4,46	0,719	0,460	0,652
	Med	4,46	4,54			
	Dt	0,36	0,40			
	RIC	0,50	0,54			
					* Datos no mostrados	

Variable profesar una religión.

La tabla 102 muestra los valores de la escala FATCOD-B en relación con el reconocimiento por parte de los participantes del estudio de profesar o no una religión. No se han apreciado diferencias significativas en estos parámetros estudiados por la escala salvo una tendencia a la significación estadística en el factor 2 que hay en la población total.

Tabla 102. Descriptivos de la variable profesar una religión.						
¿Profesa alguna religión? FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,13	4,13	0,878	0,895	0,684
	Med	4,17	4,13			
	Dt	0,37	0,37			
	RIC	0,53	0,50			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,46	4,40	0,150	0,201	0,207
	Med	4,53	4,47			
	Dt	0,37	0,40			
	RIC	0,47	0,50			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,80	3,86	0,352	0,423	0,777
	Med	3,87	3,87			
	Dt	0,52	0,52			
	RIC	0,67	0,67			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,83	3,90	0,328	0,325	0,831
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,50	0,51			
	RIC	0,75	0,75			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,49	4,41	0,064	0,166	0,852
	Med	4,54	4,46			
	Dt	0,38	0,40			
	RIC	0,46	0,50			
					* Datos no mostrados	

Variable participación en ritos religiosos.

La tabla 103 muestra los valores de la escala FATCOD-B en relación con la frecuencia referida por los partícipes del estudio con la que participan en actividades religiosas, con frecuencias inferiores a una vez al mes o con frecuencias superiores a una vez por semana. No se aprecian diferencias significativas en los parámetros de la escala.

Tabla 103. Descriptivos de la variable práctica religiosa.						
Práctica religiosa FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann- Whitney	U de Mann- Whitney *	U de Mann- Whitney *
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,14	4,10	0,594	0,598	0,982
	Med	4,17	4,17			
	Dt	0,36	0,42			
	RIC	0,50	0,60			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,47	4,39	0,109	0,393	0,249
	Med	4,53	4,47			
	Dt	0,36	0,39			
	RIC	0,47	0,47			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,81	3,81	0,712	0,994	0,483
	Med	3,80	3,93			
	Dt	0,51	0,62			
	RIC	0,67	0,80			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,85	3,83	0,916	0,909	0,654
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,50	0,58			
	RIC	0,69	0,75			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,50	4,43	0,311	0,566	0,727
	Med	4,54	4,54			
	Dt	0,37	0,42			
	RIC	0,46	0,62			
					* Datos no mostrados	

Variable asistencia a ritos funerarios en la infancia.

La tabla 104 muestra los valores de las FATCOD-B en relación con si en la infancia de los partícipes estos habían participado o asistido a ritos de carácter funerario. Se aprecia únicamente una tendencia a la significación estadística en la muestra de enfermeros de Navarra.

Tabla 104. Descriptivos de la variable asistencia a ritos funerarios en la infancia.						
En su niñez asistía a ritos funerarios FATCOD-B		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,14	4,09	0,339	0,097	0,195
	Med	4,17	4,17			
	Dt	0,36	0,39			
	RIC	0,50	0,50			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,45	4,40	0,822	0,816	0,603
	Med	4,53	4,53			
	Dt	0,34	0,47			
	RIC	0,47	0,40			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,82	3,79	0,412	0,082	0,245
	Med	3,87	3,87			
	Dt	0,53	0,49			
	RIC	0,73	0,67			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,86	3,82	0,439	0,101	0,187
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,51	0,51			
	RIC	0,72	0,72			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,48	4,43	0,688	0,636	0,487
	Med	4,54	4,54			
	Dt	0,36	0,45			
	RIC	0,50	0,54			
					* Datos no mostrados	

Variable pérdida de un ser querido.

La tabla 105 muestra los resultados de la es FATCOD-B en relación con si los participantes del estudio habían sufrido la pérdida de un familiar o de alguien que ellos sintieran como muy querido, no se aprecian diferencias significativas en los parámetros estudiados por la escala.

Tabla 105. Descriptivos de la variable pérdida de un ser querido.						
¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido? FATCOD-B	GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA	
	SI	NO		U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney *	U de Mann-Whitney *
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Me	4,12	4,14	0,965	0,878	0,974
	Med	4,17	4,13			
	Dt	0,37	0,32			
	RIC	0,53	0,38			
Media Aptitudes Positivas	Me	4,44	4,46	0,695	0,642	0,638
	Med	4,53	4,53			
	Dt	0,38	0,37			
	RIC	0,40	0,53			
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Me	3,81	3,83	0,989	0,942	0,987
	Med	3,87	3,87			
	Dt	0,53	0,48			
	RIC	0,73	0,63			
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Me	3,85	3,88	0,788	0,854	0,803
	Med	3,88	3,88			
	Dt	0,51	0,45			
	RIC	0,69	0,66			
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Me	4,47	4,46	0,736	0,745	0,279
	Med	4,54	4,46			
	Dt	0,39	0,36			
	RIC	0,54	0,46			
					* Datos no mostrados	

Variable preparación emocional y técnica para el cuidado de pacientes en fin de vida.

La tabla 106 recoge los valores de correlación entre los valores medios de las dimensiones, y los valores subjetivamente relatados por los partícipes de la encuesta respecto de su sentimiento de estar preparado/a emocionalmente y/o técnicamente para el cuidado de pacientes en fin de vida (se cuantificó esto mediante una escala Likert del 1 al 7, cómo se indican material y métodos). Se apreció la existencia de una correlación significativa, entre los valores de la escala FATCOD-B, tanto en sus valores globales, como en aquellos de los ítems referentes a las aptitudes positivas y negativas (estas últimas invertidas en su valoración) respecto del sentimiento subjetivo de estar técnica y/o emocionalmente preparado para cuidar pacientes en proceso de fin de vida. Por otro lado, existe una buena correlación entre los valores objetivados por la escala FATCOD-B respecto de lo que emocional o técnicamente supone el ejercicio de su profesión en relación con el cuidado de pacientes en esta situación del fin de vida, para la valoración del factor 1, no apreciándose una significación relevante en el caso del factor 2.

Tabla 106. Correlaciones de las dimensiones de la escala FATCOD-B.			
Correlaciones Rho de Spearman		¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?	¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Coeficiente de correlación	0,268**	0,292**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	437	430
Media Aptitudes Positivas Media Aptitudes Positivas	Coeficiente de correlación	0,113*	0,116*
	Sig. (bilateral)	0,018	0,017
	N	437	430
Media Aptitudes Negativas (invertidas) Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Coeficiente de correlación	0,297**	0,322**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	437	430
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Coeficiente de correlación	0,324**	0,341**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
	N	437	430
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Coeficiente de correlación	0,037	0,042
	Sig. (bilateral)	0,439	0,384
	N	437	430
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).			

5.5 Resultados del cuestionario S-PCB de actitudes religiosas.

5.5.1 Análisis de la escala S-PCB: correlación interna.

La tabla 107 muestra la existencia significativamente relevante, como era de esperar, de las correlaciones entre las dimensiones de la escala S-PCB, dado el carácter tendente a la exclusión de unas respecto de otras. Existe una correlación positiva entre la ortodoxia y la segunda ingenuidad ($p < 0.000$), y negativa entre la ortodoxia y la crítica externa ($p < 0.000$). Por otro lado, se da una correlación positiva entre la crítica externa y el relativismo, y negativa entre la crítica externa y la segunda ingenuidad ($p < 0.000$). Así mismo el relativismo, correlaciona negativamente con la ortodoxia ($p < 0.000$).

Tabla 107: Correlaciones de las dimensiones de la escala S-PCB.				
Correlaciones		ORTODOXIA (Media)	SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	RELATIVISMO (Media)
SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	Correlación de Pearson	0,510**		
	Sig. (bilateral)	0,000		
	N	418		
RELATIVISMO (Media)	Correlación de Pearson	-0,280**	0,056	
	Sig. (bilateral)	0,000	0,250	
	N	418	417	
CRITICA EXTERNA (Media)	Correlación de Pearson	-0,354**	-0,501**	0,295**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
	N	418	418	417
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)				
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).				

5.5.2 Análisis descriptivo de los ítems de la escala S-PCB.

La tabla 108 muestra los valores estadísticos básicos de las diferentes dimensiones de la escala S-PCB en la muestra total y en las submuestras de Navarra y de Chile. Los valores más elevados de las diferentes dimensiones de la escala se aprecian en los elementos de segunda ingenuidad (Me=4,59) y relativismo (Me=4.88), siendo esta última la que ofrece unos valores más elevados, de forma significativa en Navarra frente a los de Valdivia ($p<0.001$). También se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los valores registrados dentro de la dimensión ortodoxia entre las submuestras de Navarra y la de Chile apreciándose un mayor nivel de ortodoxia a nivel de la región de Valdivia ($p<0.000$). Esto mismo sucede respecto de la dimensión segunda ingenuidad ($p<0.000$). Por otra parte, se aprecia el fenómeno contrario, también estadísticamente significativo, en relación con las dimensiones relativismo ($p<0.000$) y crítica externa ($p<0.000$) que ofrece unos valores más elevados en la submuestra de Navarra.

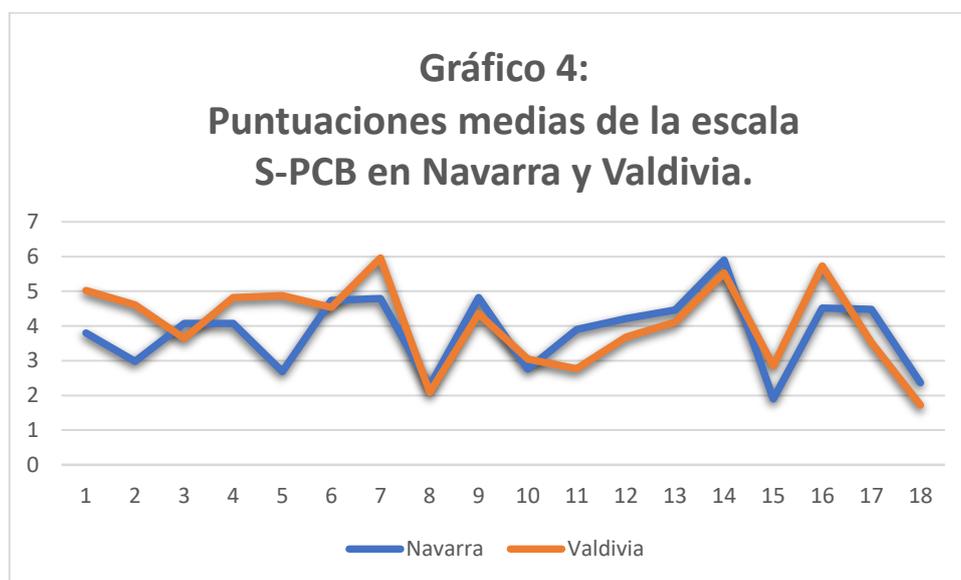
S-PCB		Global n=438	Navarra n=303	Valdivia n=114	U de Mann- Whitney
ORTODOXIA	Me	2,78	2,52	3,49	0,000
	Med	2,80	2,60	3,40	
	Dt	1,12	0,98	1,16	
	RIC	1,40	1,60	1,80	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,59	4,29	5,38	0,000
	Med	4,75	4,50	5,75	
	Dt	1,52	1,53	1,17	
	RIC	2,00	2,25	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,88	4,98	4,63	0,011
	Med	5,00	5,00	4,75	
	Dt	1,12	1,05	1,25	
	RIC	1,50	1,50	1,56	
CRITICA EXTERNA	Me	3,60	3,80	3,06	0,000
	Med	3,80	4,00	3,00	
	Dt	1,16	1,11	1,12	
	RIC	1,60	1,60	1,80	

La tabla 109 muestra los valores estadísticos más representativos de las respuestas realizadas a los diferentes ítems de la escala S-PCB, tanto en la muestra total, como en las submuestras de Navarra y de Valdivia. Se indica asimismo la variabilidad del Alfa de Cronbach de la escala en base a la presencia o ausencia de cada 1 de los ítems de la escala. En relación con este aspecto, se aprecia que la eliminación de ninguno de los ítems modifica de forma relevante este parámetro estadístico. Por otra parte, se muestran también las diferencias significativas en el valor medio de las respuestas a los diferentes ítems entre las submuestras de Valdivia y de Navarra. Éstas responden básicamente a la existencia de una mayor religiosidad, esto es, ortodoxia y segunda ingenuidad, en la región de Valdivia frente a la de Navarra (tabla 109).

S-PCB	GLOBAL				NAVARRA				VALDIVIA				Sig.	
	Me	Dt	N	Alfa de Cronbach si	Me	Dt	N	Alfa de Cronbach si	Me	Dt	N	Alfa de Cronbach si		
1	La Biblia contiene una verdad más profunda que solo puede ser revelada por reflexión personal	4,13	1,938	417	0,395	3,80	1,934	303	0,429	5,02	1,656	114	0,401	0,000
2	Dios ha sido definido por una vez y para todos, por lo tanto, es inmutable	3,42	2,031	417	0,414	2,98	1,875	303	0,447	4,61	1,963	114	0,421	0,000
3	La fe se torna una ilusión cuando se compara con la dureza de la vida	3,95	1,913	417	0,421	4,07	1,898	303	0,455	3,64	1,924	114	0,362	0,082
4	La Biblia es una guía, llena de signos sobre la búsqueda de Dios, y no un documento histórico	4,27	1,880	417	0,408	4,07	1,909	303	0,436	4,82	1,689	114	0,422	0,000
5	A pesar de que va en contra de la racionalidad moderna, creo que María realmente era virgen cuando dio a luz a Jesús	3,29	2,093	417	0,438	2,69	1,797	303	0,463	4,87	2,007	114	0,460	0,000
6	Cada afirmación sobre Dios es el resultado del tiempo (momento histórico) en el que fue hecha	4,68	1,696	417	0,415	4,74	1,668	303	0,451	4,53	1,766	114	0,364	0,320
7	A pesar del hecho de que la Biblia fue escrita en un contexto histórico completamente diferente al nuestro, contiene un mensaje esencial	5,11	1,729	417	0,413	4,79	1,776	303	0,444	5,96	1,248	114	0,422	0,000
8	Solo las principales tradiciones religiosas garantizan el acceso a Dios	2,22	1,504	417	0,439	2,27	1,526	303	0,462	2,09	1,442	114	0,430	0,331
9	La manera en la que los humanos experimentan su relación con Dios siempre dependerá de la época en la que viven	4,69	1,824	417	0,424	4,82	1,739	303	0,463	4,35	2,000	114	0,343	0,060
10	En última instancia, solo existe una respuesta correcta a cada pregunta religiosa	2,83	1,559	417	0,500	2,76	1,469	303	0,547	3,04	1,770	114	0,429	0,371
11	El mundo de las historias de la Biblia está tan alejado de nosotros que tiene poca relevancia	3,59	1,797	417	0,539	3,90	1,761	303	0,570	2,77	1,630	114	0,460	0,000
12	Un significado científico de la vida humana y del mundo ha convertido el pensamiento religioso en superfluo	4,06	1,747	417	0,479	4,21	1,725	303	0,514	3,68	1,752	114	0,413	0,007
13	La figura de Dios se desarrolla paralelamente con la historia de la humanidad, y por ello está sujeta a cambios	4,36	1,701	417	0,463	4,46	1,661	303	0,491	4,11	1,787	114	0,432	0,065
14	Soy muy consciente de que mis creencias son solo una posibilidad entre muchas otras	5,80	1,446	417	0,498	5,90	1,292	303	0,522	5,53	1,771	114	0,480	0,215
15	Creo que las historias de la Biblia deben ser tomadas literalmente, tal y como están escritas	2,16	1,508	417	0,458	1,90	1,278	303	0,504	2,85	1,830	114	0,408	0,000
16	A pesar del gran número de injusticias que el cristianismo ha causado en el mundo, el mensaje original de Cristo es todavía valioso para mí	4,85	2,002	417	0,427	4,52	2,057	303	0,461	5,73	1,547	114	0,432	0,000
17	Al final, la fe no es nada más que una red de seguridad contra los miedos humanos	4,21	1,928	417	0,522	4,48	1,836	303	0,554	3,52	2,001	114	0,445	0,000
18	La fe es la expresión de una personalidad débil	2,18	1,416	417	0,501	2,36	1,464	303	0,535	1,72	1,164	114	0,440	0,000

Según la tabla 109, se han encontrado diferencias significativas entre las dos regiones, en los ítems 1, 2, 4, 5, 7, 11, 12, 15, 16, 17 y 18.

Se representan de forma gráfica las puntuaciones medias de los ítems de la escala S-PCB según el lugar de origen (gráfico 4). El enunciado con mayor puntuación en Navarra fue el 14 “soy muy consciente de que mis creencias son solo una posibilidad entre muchas otras”, y en Valdivia, el 7 “A pesar del hecho de que la Biblia fue escrita en un contexto histórico completamente diferente al nuestro, contiene un mensaje esencial”.



5.5.3 Relación de las variables sociodemográficas y la escala S-PCB.

Variable sexo.

La tabla 110 muestra los valores de las diferentes dimensiones de la escala short-PCB en la muestra total y en función del sexo. Se aprecia la existencia de diferencias significativas tanto en la dimensión de ortodoxia, con valores más elevados entre las mujeres, así como en la dimensión de relativismo con valores más elevados en los varones. También cabe destacar en esta tabla, los valores elevados de la dimensión relativismo de forma predominante en varones. Por el contrario, las mujeres presentan unos valores más elevados en la dimensión de segunda ingenuidad, con tendencia a la significación estadística, pero sin alcanzarla.

Tabla 110. Descriptivos de la variable sexo en la muestra global.					
SEXO		GLOBAL	MUJER	VARON	U de Mann-Whitney
S-PCB GLOBAL		417	391	26	
ORTODOXIA	Me	2,78	2,82	2,38	0,040
	Med	2,80	2,80	2,20	
	Dt	1,12	1,11	1,22	
	RIC	1,40	1,40	1,75	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,59	4,63	4,05	0,077
	Med	4,75	4,75	4,63	
	Dt	1,52	1,51	1,62	
	RIC	2,00	1,75	2,69	
RELATIVISMO	Me	4,88	4,84	5,42	0,005
	Med	5,00	5,00	5,75	
	Dt	1,12	1,12	0,99	
	RIC	1,50	1,50	1,13	
CRITICA EXTERNA	Me	3,60	3,58	3,88	0,451
	Med	3,80	3,80	3,80	
	Dt	1,16	1,14	1,42	
	RIC	1,60	1,60	2,00	

La tabla 111 muestra los valores de las diferentes dimensiones de la escala S-PCB en la región de Navarra, apreciándose de forma significativa unos valores más elevados de la dimensión ortodoxia en las mujeres, ($p < 0.046$) y a su vez, de la dimensión relativismo en los varones ($p < 0.002$), como ya se demostró en la muestra total. No se apreciaron estas diferencias significativas en las submuestras de Valdivia (datos no mostrados).

Tabla 111 Descriptivos de la variable sexo según el lugar de origen.					
SEXO S-PCB LUGAR DE ORIGEN		NAVARRA			VALDIVIA
		MUJER	VARON	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,55	2,18	0,046	0,500
	Med	2,60	1,80		
	Dt	0,96	1,18		
	RIC	1,40	1,55		
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,34	3,70	0,119	0,597
	Med	4,50	4,25		
	Dt	1,52	1,61		
	RIC	2,00	3,44		
RELATIVISMO	Me	4,93	5,58	0,002	0,529
	Med	5,00	5,75		
	Dt	1,05	0,98		
	RIC	1,50	0,88		
CRITICA EXTERNA	Me	3,78	4,10	0,433	0,839
	Med	3,80	4,10		
	Dt	1,09	1,46		
	RIC	1,50	2,40		
					Datos no mostrados

Variable grupos de edad.

La tabla 112, muestra los valores correspondientes a las diferentes dimensiones de short-PCB en relación con los grupos de edad establecidos. Se aprecia una tendencia a la significación estadística en la dimensión de ortodoxia, con valores más elevados en las personas más jóvenes. En relación con la dimensión de relativismo, esta muestra valores más elevados en el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 45 años.

Tabla 112. Descriptivos de la variable grupos de edad en la muestra global.						
GRUPOS EDAD S-PCB GLOBAL		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal- Wallis
ORTODOXIA	Me	3,00	2,73	2,65	2,73	0,082
	Med	3,00	2,80	2,80	2,60	
	Dt	1,11	1,04	1,07	1,27	
	RIC	1,60	1,40	1,40	2,20	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,39	4,72	4,69	4,61	0,455
	Med	4,75	5,00	4,75	4,75	
	Dt	1,66	1,47	1,51	1,34	
	RIC	2,63	1,75	2,25	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,57	5,15	4,97	4,90	0,000
	Med	4,63	5,25	5,00	5,00	
	Dt	1,09	0,97	1,03	1,35	
	RIC	1,31	1,38	1,50	2,00	
CRITICA EXTERNA	Me	3,64	3,61	3,48	3,73	0,351
	Med	3,90	3,60	3,60	3,80	
	Dt	1,19	1,13	1,07	1,29	
	RIC	1,60	1,60	1,40	1,60	

La tabla 113, muestra los valores de las dimensiones de la escala, en relación con los grupos de edad, para la submuestra de Navarra. Se aprecian valores más elevados de la dimensión segunda ingenuidad, en los grupos de edad media (de los 45 a los 54 años). Por otro lado, se muestran, de forma significativa, niveles más elevados de la dimensión crítica externa, en el grupo de edad más joven (entre los 24 y los 34 años).

Tabla 113. Descriptivos de la variable grupos de edad en la muestra de Navarra.						
GRUPOS EDAD S-PCB NAVARRA		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
ORTODOXIA	Me	2,55	2,55	2,47	2,55	0,933
	Med	2,60	2,60	2,60	2,30	
	Dt	0,97	0,91	0,96	1,13	
	RIC	1,80	1,40	1,20	1,85	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	3,62	4,53	4,48	4,39	0,003
	Med	4,00	4,75	4,75	4,50	
	Dt	1,62	1,53	1,50	1,32	
	RIC	2,75	2,00	2,25	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,50	5,14	5,07	5,12	0,000
	Med	4,50	5,25	5,25	5,25	
	Dt	1,06	0,97	1,01	1,08	
	RIC	1,25	1,00	1,25	1,56	
CRITICA EXTERNA	Me	4,12	3,67	3,64	3,89	0,011
	Med	4,20	3,80	3,80	4,00	
	Dt	1,09	1,12	1,02	1,21	
	RIC	1,00	1,40	1,45	1,65	

La tabla 114, muestra los valores de las diferentes dimensiones en base a los grupos de edad, en la muestra de enfermeras estudiada en Valdivia. Se aprecia una tendencia a la significación estadística en la dimensión de segunda ingenuidad, con valores elevados y crecientes en los grupos de edad superiores a los 45 años. De forma significativa, se aprecian valores más elevados de relativismo, en los grupos de edad más jóvenes, especialmente en el de la edad comprendida entre los 35 y los 44 años.

Tabla 114: Descriptivos de la variable grupos de edad en la muestra de Valdivia.						
GRUPOS EDAD S-PCB-VALDIVIA		24 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 65 años	Kruskal-Wallis
ORTODOXIA	Me	3,49	3,23	3,73	3,68	0,514
	Med	3,40	3,00	3,40	4,20	
	Dt	1,05	1,23	1,12	1,55	
	RIC	1,60	2,10	1,50	2,00	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	5,20	5,25	5,97	5,71	0,068
	Med	5,50	5,50	6,00	5,50	
	Dt	1,28	1,17	0,75	0,84	
	RIC	1,75	1,63	0,75	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,65	5,18	4,38	3,77	0,050
	Med	4,75	5,00	4,50	3,75	
	Dt	1,13	0,98	0,98	1,94	
	RIC	1,75	1,63	0,88	4,00	
CRITICA EXTERNA	Me	3,12	3,42	2,49	2,91	0,060
	Med	3,40	3,20	2,40	3,00	
	Dt	1,07	1,15	0,78	1,44	
	RIC	1,60	1,70	1,10	2,30	

Variable experiencia profesional.

La tabla 115 muestra los valores de las diferentes dimensiones, en base a los años de experiencia profesional, de los diferentes integrantes de la muestra global. Se aprecia de forma significativa que, la variable ortodoxia y de segunda ingenuidad, presentan valores más elevados, en aquellas personas que tiene una experiencia profesional inferior a los 5 años. De forma contraria, en los grupos de profesionales con mayor experiencia profesional, superior a los 26 años, de forma significativa se aprecian unos niveles más elevados de la dimensión de crítica externa

Tabla 115 Descriptivos de la variable experiencia profesional en la muestra global.						
EXPERIENCIA PROFESIONAL S-PCB GLOBAL		<5años	6-15 años	16-25 años	>26 años	Kruskal- Wallis
ORTODOXIA	Me	3,33	2,75	2,62	2,71	0,004
	Med	3,20	2,60	2,80	2,80	
	Dt	1,06	1,12	1,04	1,13	
	RIC	1,55	1,60	1,30	1,80	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,91	4,29	4,72	4,61	0,026
	Med	5,13	4,50	5,25	4,75	
	Dt	1,53	1,60	1,62	1,37	
	RIC	1,75	2,44	2,00	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,64	4,86	4,96	4,98	0,120
	Med	4,75	4,75	5,25	5,00	
	Dt	1,21	1,04	1,09	1,14	
	RIC	1,50	1,50	1,50	1,50	
CRITICA EXTERNA	Me	3,37	3,77	3,42	3,67	0,044
	Med	3,40	3,90	3,40	3,80	
	Dt	1,16	1,17	1,17	1,13	
	RIC	1,40	1,40	1,60	1,60	

La tabla 116 muestra los valores de estas dimensiones en la submuestra de Navarra. La tabla, indica que los enfermeros de Navarra con más experiencia profesional presentan unas actitudes más marcadas de segunda ingenuidad y de relativismo ($p < 0.015$ y $p < 0.035$ respectivamente). Por otro lado, los enfermeros que tienen menos experiencia presentan una tendencia mayor a presentar actitudes religiosas de crítica externa frente al resto de grupos de experiencia.

Tabla 116. Descriptivos de la variable experiencia profesional en la muestra de Navarra.						
EXPERIENCIA PROFESIONAL S-PCB NAVARRA		<5años	6-15 años	16-25 años	>26 años	Kruskal- Wallis
ORTODOXIA	Me	2,44	2,49	2,45	2,56	0,912
	Med	2,50	2,40	2,40	2,60	
	Dt	0,84	1,01	0,90	1,00	
	RIC	1,30	1,60	1,50	1,40	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	3,18	3,93	4,45	4,47	0,015
	Med	2,63	4,25	4,75	4,50	
	Dt	2,00	1,54	1,64	1,36	
	RIC	3,75	2,50	2,38	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,28	4,86	5,04	5,12	0,035
	Med	4,38	5,00	5,25	5,25	
	Dt	1,48	1,01	1,10	0,97	
	RIC	2,25	1,50	1,38	1,50	
CRITICA EXTERNA	Me	4,40	3,98	3,61	3,79	0,052
	Med	4,40	4,00	3,60	3,90	
	Dt	1,29	1,09	1,14	1,06	
	RIC	1,45	1,20	1,60	1,55	

La tabla 117 muestra los valores de estas dimensiones en las submuestras de Valdivia, donde no se aprecian diferencias significativas en los valores en ninguna de las dimensiones.

Tabla 117. Descriptivos de la variable experiencia profesional en la muestra de Valdivia.						
EXPERIENCIA PROFESIONAL S-PCB VALDIVIA		<5años	6-15 años	16-25 años	>26 años	Kruskal- Wallis
ORTODOXIA	Me	3,54	3,30	3,43	3,80	0,412
	Med	3,40	3,40	3,20	4,00	
	Dt	1,01	1,15	1,27	1,40	
	RIC	1,60	1,80	1,80	1,80	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	5,33	5,04	5,97	5,68	0,077
	Med	5,63	5,50	6,00	5,50	
	Dt	1,05	1,48	0,55	0,90	
	RIC	1,50	1,88	0,69	1,50	
RELATIVISMO	Me	4,73	4,88	4,59	3,95	0,253
	Med	4,75	4,75	4,75	4,25	
	Dt	1,14	1,11	1,00	1,70	
	RIC	1,81	1,88	1,13	2,75	
CRITICA EXTERNA	Me	3,12	3,35	2,55	2,82	0,075
	Med	3,20	3,40	2,50	2,60	
	Dt	0,99	1,23	0,88	1,23	
	RIC	1,40	1,80	1,40	1,80	

Variable composición familiar.

La tabla 118 muestra los valores de las diferentes dimensiones en función de las características del núcleo familiar, si este está constituido por una pareja o bien otra situación. Se aprecia de forma significativa, valores más elevados de la variable ortodoxia en aquellas enfermeras cuyo núcleo familiar no está establecido en el contexto de una relación de pareja ($p < 0.049$). Si mostramos los datos por separado, según el lugar de origen de la muestra, no se obtienen diferencias significativas al respecto (tabla 118).

Tabla 118. Descriptivos de la variable composición familiar.						
COMPOSICIÓN FAMILIAR		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Otra situación	Pareja con/sin hijos	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,93	2,71	0,049	0,215	0,656
	Med	2,80	2,60			
	Dt	1,11	1,11			
	RIC	1,40	1,60			
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,69	4,54	0,315	0,861	0,722
	Med	4,75	4,75			
	Dt	1,50	1,53			
	RIC	1,75	2,00			
RELATIVISMO	Me	4,78	4,91	0,148	0,147	0,761
	Med	4,75	5,00			
	Dt	1,16	1,10			
	RIC	1,75	1,50			
CRITICA EXTERNA	Me	3,59	3,59	0,839	0,237	0,466
	Med	3,80	3,80			
	Dt	1,26	1,11			
	RIC	1,60	1,60			
					Datos no mostrados	

Variable tiene hijos.

La tabla 119, muestra los valores de las diferentes dimensiones de la escala en base a la presencia de hijos en la familia directa de los Integrantes de las muestras. No se aprecian diferencias significativas en las diferentes dimensiones por este motivo ni en la muestra total, ni en la de Navarra o Valdivia (datos no mostrados).

Tabla 119. Descriptivos de la variable tiene hijos.						
Tiene hijos S-PCB		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		NO	SI	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,80	2,77	0,687	0,467	0,904
	Med	2,80	2,80			
	Dt	1,11	1,12			
	RIC	1,40	1,40			
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,54	4,64	0,639	0,244	0,684
	Med	4,75	4,75			
	Dt	1,57	1,47			
	RIC	2,00	1,75			
RELATIVISMO	Me	4,81	4,94	0,227	0,240	0,837
	Med	4,75	5,00			
	Dt	1,17	1,07			
	RIC	1,75	1,50			
CRITICA EXTERNA	Me	3,57	3,60	0,986	0,357	0,942
	Med	3,70	3,80			
	Dt	1,23	1,09			
	RIC	1,60	1,60			
					Datos no mostrados	

Variable vivir solo/a.

La tabla 120 muestra los valores de las dimensiones de la escala S-PCB en función de si los integrantes de las muestras vivían solos o en compañía de otros familiares. No se aprecian diferencias significativas en relación con esta situación, ni en la muestra total ni en las submuestras de Navarra o de Valdivia (datos no mostrados).

Tabla 120. Descriptivos de la variable vivir solo/a.						
Vive solo/a S-PCB		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		NO	SI	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,79	2,77	0,713	0,634	0,684
	Med	2,80	2,80			
	Dt	1,14	0,97			
	RIC	1,40	1,20			
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,57	4,65	0,788	0,916	0,744
	Med	4,75	4,75			
	Dt	1,54	1,42			
	RIC	2,00	1,63			
RELATIVISMO	Me	4,85	4,98	0,458	0,503	0,569
	Med	5,00	5,00			
	Dt	1,13	1,07			
	RIC	1,50	2,00			
CRITICA EXTERNA	Me	3,56	3,74	0,160	0,125	0,525
	Med	3,60	3,80			
	Dt	1,14	1,27			
	RIC	1,60	1,80			
					Datos no mostrados	

Variable lugar de residencia habitual.

La tabla 121 muestra los valores de las dimensiones de la escala en función del lugar de residencia habitual, si este está constituido por una población de menos de 5000 habitantes, que hemos considerado exponente del ámbito rural, o bien por una población mayor de esta cifra (urbano). Se aprecian diferencias significativas en la dimensión de relativismo, entre la población de ámbito urbano ($p < 0.043$), y mayor de segunda ingenuidad, en la submuestra de Navarra, con valores más elevados en el ámbito de poblaciones rurales (Figura 12).

Lugar de Residencia habitual S-PCB		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		Población de menos de 5.000 habitantes	Población de más de 5.000 habitantes	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,67	2,82	0,252	0,490	0,569
	Med	2,60	2,80			
	Dt	1,10	1,12			
	RIC	1,60	1,40			
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,60	4,57	0,666	0,018	0,797
	Med	5,00	4,75			
	Dt	1,53	1,52			
	RIC	2,25	1,75			
RELATIVISMO	Me	5,07	4,82	0,043	0,136	0,985
	Med	5,25	5,00			
	Dt	1,02	1,14			
	RIC	1,75	1,50			
CRITICA EXTERNA	Me	3,76	3,56	0,137	0,992	0,896
	Med	3,80	3,80			
	Dt	1,12	1,17			
	RIC	1,50	1,60			
					Datos no mostrados	

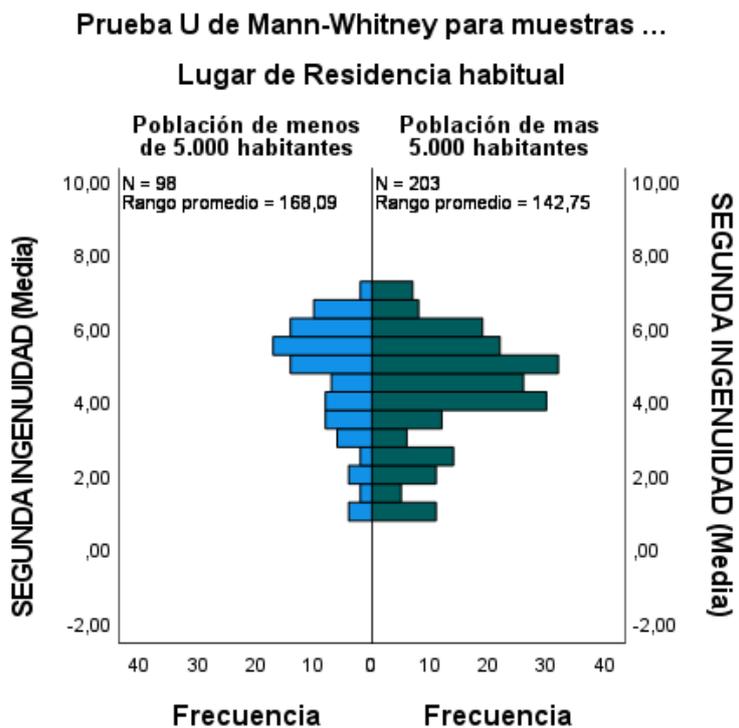


Figura 12. Descriptivos de los valores de segunda ingenuidad de la variable lugar de residencia habitual en la muestra de Navarra ($p < 0.005$).

Variable profesar una religión.

La tabla 122 muestra los valores de las diferentes dimensiones en relación con el reconocimiento por parte de los integrantes de las muestras de si profesaban o no alguna religión (mayoritariamente fue la religión católica). De forma significativa, se aprecia en la muestra total y en las submuestras, cómo la dimensión ortodoxia, ofreció unos valores más elevados en aquellos integrantes que refieren de forma voluntaria el reconocimiento de profesar una religión. Esto sucede también, de forma si cabe más significativa, respecto de la dimensión segunda ingenuidad. Por el contrario, respecto de la dimensión de crítica externa, se aprecian valores más elevados, tanto en la muestra completa como en las submuestras de Navarra y de Valdivia, en aquellas personas que refieren no profesar ninguna religión.

¿Profesa alguna religión? S-PCB		GLOBAL			NAVARRA			VALDIVIA		
		SI	NO	U de Mann-Whitney	SI	NO	U de Mann-Whitney	SI	NO	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	3,02	2,16	0,000	2,75	2,04	0,000	3,62	2,80	0,006
	Med	3,00	2,20		2,80	2,00		3,60	2,60	
	Dt	1,08	0,97		0,95	0,87		1,10	1,19	
	RIC	1,60	1,60		1,40	1,60		1,60	1,60	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	5,09	3,30	0,000	4,85	3,13	0,000	5,60	4,20	0,000
	Med	5,25	3,50		5,00	3,25		5,75	4,25	
	Dt	1,19	1,51		1,23	1,43		0,90	1,62	
	RIC	1,50	2,50		1,75	2,50		1,25	3,00	
RELATIVISMO	Me	4,85	4,97	0,094	4,96	5,01	0,262	4,59	4,80	0,465
	Med	5,00	5,00		5,00	5,25		4,75	4,75	
	Dt	1,06	1,24		0,96	1,23		1,24	1,33	
	RIC	1,25	1,75		1,50	1,75		1,50	2,00	
CRITICA EXTERNA	Me	3,33	4,31	0,000	3,51	4,42	0,000	2,93	3,73	0,006
	Med	3,40	4,40		3,60	4,50		2,80	3,80	
	Dt	1,06	1,11		1,00	1,08		1,07	1,13	
	RIC	1,40	1,40		1,40	1,25		1,60	1,40	

Variable práctica religiosa.

La tabla 123 muestra los valores de las dimensiones de la escala, profundizando en la frecuencia de la práctica religiosa por parte de los integrantes de las muestras. Se valoran dos tipos de práctica, aquella que se realiza al menos una vez por semana, respecto de aquella en la que la práctica religiosa se realiza una vez al mes o con frecuencias más pequeñas. De forma significativa, se aprecia cómo la dimensión de ortodoxia presenta valores más elevados en las personas que realizan una práctica religiosa con mayor frecuencia. Esto es, así mismo, incluso más llamativo en la dimensión de segunda ingenuidad. Por el contrario, se aprecian valores más elevados de relativismo y de crítica externa, en aquellas personas con prácticas religiosas infrecuentes.

¿FRECUENCIA DE PRÁCTICA RELIGIOSA? S-PCB		GLOBAL			NAVARRA			VALDIVIA		
		Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney	Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney	Una vez por mes o menos	Al menos una vez por semana	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,76	3,53	0,000	2,50	3,26	0,000	3,36	4,52	0,001
	Med	2,80	3,20		2,40	3,20		3,40	4,40	
	Dt	1,03	1,08		0,91	0,91		1,04	1,12	
	RIC	1,40	1,60		1,40	1,10		1,60	1,60	
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,67	5,62	0,000	4,34	5,54	0,000	5,41	5,92	0,099
	Med	4,75	5,75		4,50	5,50		5,75	6,00	
	Dt	1,39	0,88		1,40	0,86		1,05	0,92	
	RIC	1,75	1,06		1,50	1,00		1,25	1,63	
RELATIVISMO	Me	4,96	4,40	0,004	5,06	4,72	0,033	4,72	3,17	0,001
	Med	5,00	4,63		5,25	4,75		4,75	3,25	
	Dt	0,98	1,38		0,95	1,14		1,00	1,59	
	RIC	1,50	1,75		1,25	1,50		1,50	3,00	
CRITICA EXTERNA	Me	3,62	2,60	0,000	3,85	2,80	0,000	3,09	1,83	0,000
	Med	3,80	2,40		4,00	2,60		3,20	1,80	
	Dt	1,03	1,08		0,95	1,05		1,00	0,81	
	RIC	1,40	1,60		1,00	1,50		1,60	1,40	

Variable asistencia a funerales en la infancia.

La tabla 124, muestra los valores entre las diferentes dimensiones en relación con la experiencia de sí en la niñez, se veían de algún modo involucrados en la vivencia de ritos funerarios (de su familia o allegados). Esta variable, no ha condicionado de ninguna forma en la existencia de diferencias significativas de las diferentes dimensiones, tanto en la muestra global, como en las submuestras de Navarra o de Valdivia.

Tabla 124. Descriptivos de la variable asistencia a funerales en la infancia.						
ASISTENCIA A RITOS FUNERARIOS EN LA INFANCIA S-PCB.		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,84	2,66	0,226	0,948	0,419
	Med	2,80	2,70			
	Dt	1,15	1,05			
	RIC	1,60	1,60			
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,61	4,54	0,667	0,962	0,770
	Med	4,75	4,63			
	Dt	1,50	1,56			
	RIC	1,75	2,25			
RELATIVISMO	Me	4,90	4,82	0,222	0,145	0,748
	Med	5,00	4,75			
	Dt	1,15	1,03			
	RIC	1,50	1,25			
CRITICA EXTERNA	Me	3,55	3,74	0,124	0,586	0,235
	Med	3,60	3,80			
	Dt	1,19	1,10			
	RIC	1,60	1,55			
					Datos no mostrados	

Variable pérdida de un ser querido.

La tabla 125 muestra los valores de las dimensiones, en base a si los participantes del estudio habían presentado, independientemente de la temporalidad, la pérdida de un familiar próximo o querido. No se apreciaron diferencias relevantes en las diferentes dimensiones en la muestra total, ni en la de Navarra. Únicamente existieron diferencias significativas en relación con los valores de segunda ingenuidad en la submuestra de Valdivia ($p < 0.034$). Como se muestra en la figura 13, no tiene una gran trascendencia su hallazgo, dado el relativamente pequeño tamaño de representación, de aquellos partícipes de la encuesta que no habían sufrido la pérdida de ningún familiar.

Tabla 125. Descriptivos de la variable pérdida de un ser querido.						
PÉRDIDA DE FAMILIAR QUERIDO S-PCB		GLOBAL			NAVARRA	VALDIVIA
		SI	NO	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
ORTODOXIA	Me	2,84	2,66	0,629	0,385	0,516
	Med	2,80	2,70			
	Dt	1,15	1,05			
	RIC	1,60	1,60			
SEGUNDA INGENUIDAD	Me	4,61	4,54	0,078	0,098	0,034
	Med	4,75	4,63			
	Dt	1,50	1,56			
	RIC	1,75	2,25			
RELATIVISMO	Me	4,90	4,82	0,074	0,141	0,466
	Med	5,00	4,75			
	Dt	1,15	1,03			
	RIC	1,50	1,25			
CRITICA EXTERNA	Me	3,55	3,74	0,543	0,112	0,806
	Med	3,60	3,80			
	Dt	1,19	1,10			
	RIC	1,60	1,55			
					Datos no mostrados	

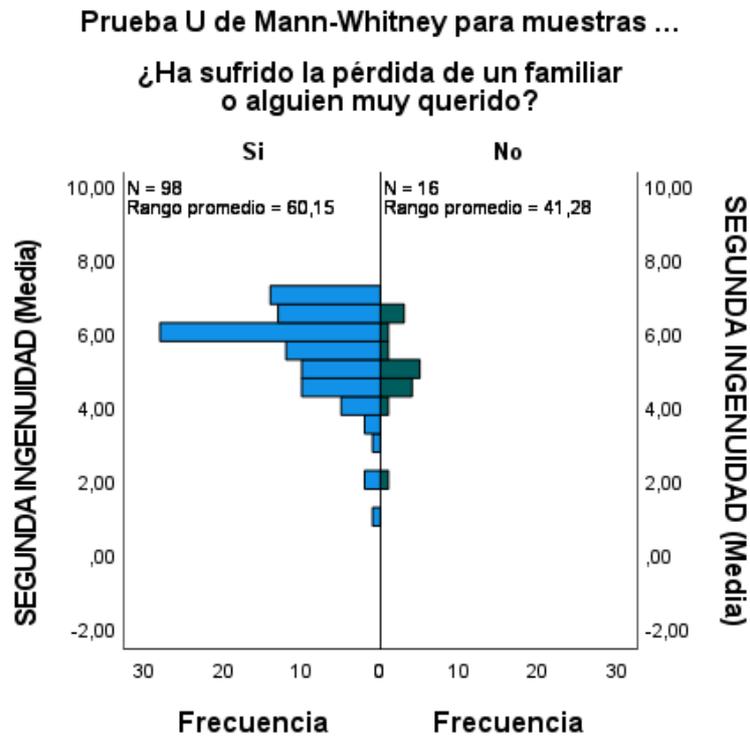


Figura 13. Descriptivos de los valores de segunda ingenuidad de la variable pérdida de un ser querido en la muestra de Valdivia ($p < 0.005$).

Variable preparación emocional y técnica para el cuidado del paciente en fin de vida.

La tabla 126, recoge los valores de correlación entre los valores medios de las dimensiones y los valores subjetivamente relatados por los partícipes de la encuesta respecto de su sentimiento subjetivo de estar preparado/a emocionalmente y/o técnicamente para el cuidado de pacientes en fin de vida (cuantificado mediante una escala Likert del 1 al 7, cómo se indica material y métodos). No se apreció la existencia de ningún tipo de correlación significativa entre los valores de las diferentes dimensiones de la escala S-PCB y el sentimiento subjetivo de estar técnica o emocionalmente preparado para cuidar pacientes en proceso de fin de vida. No parece existir por tanto ningún condicionante motivado por el sentimiento religioso de los participantes respecto de lo que emocional o técnicamente supone el ejercicio de su profesión en relación con el cuidado de pacientes en esta trascendente situación del fin de vida.

Tabla 126. Correlaciones de las dimensiones de la escala S-PCB con las variables preparación emocional y preparación técnica para el cuidado del paciente terminal y su familia.			
Correlaciones Rho de Spearman S-PCB		¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?	¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?
ORTODOXIA	Coeficiente de correlación	-0,021	-0,058
	Sig. (bilateral)	0,676	0,239
	N	417	410
SEGUNDA INGENUIDAD	Coeficiente de correlación	0,004	0,019
	Sig. (bilateral)	0,928	0,701
	N	416	409
RELATIVISMO	Coeficiente de correlación	-0,013	-0,023
	Sig. (bilateral)	0,791	0,639
	N	416	409
CRITICA EXTERNA	Coeficiente de correlación	0,036	0,011
	Sig. (bilateral)	0,458	0,819
	N	416	409
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

5.6 Resultados de correlación entre las escalas empleadas.

La tabla 127, muestra los estudios de correlación entre los valores medios de las diferentes dimensiones de la escala BAM y los valores medios de la escala PRAM de actitudes ante la muerte. Se aprecia una correlación significativa positiva entre la dimensión neutral-biológica de la escala PRAM y los valores recogidos por la escala BAM de afrontamiento ($p < 0.000$). Por otra parte, y de forma también significativa se puede apreciar una asociación negativa de los valores de la escala de Bugen, cuando se correlacionan éstos con las dimensiones de miedo y evitación de la escala PRAM ($p < 0.000$). Esto es, que aquellas personas con fuertes valores en las dimensiones de miedo y evitación presentan peores valores de la escala de Bugen, tanto en su valor total como en aquellos referentes al auto afrontamiento ($p < 0.000$) o el afrontamiento de la muerte de otras personas ($p < 0.000$).

CORRELACIONES RHO DE SPEARMAN		Tabla 127. Correlaciones de las escalas PRAM-GLOBAL y BAM-GLOBAL.		
		Valor Total de la Escala de Bugen	Valor Total BAM Auto Afrontam iento	Valor Total BAM Afrontam iento de otros
M	Correlación de Pearson	-0,455**	-0,545**	-0,254**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439
Ev	Correlación de Pearson	-0,414**	-0,512**	-0,279**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439
R	Correlación de Pearson	0,046	0,036	0,086
	Sig. (bilateral)	0,339	0,447	0,071
	N	439	439	439
Es	Correlación de Pearson	0,028	0,082	-0,089
	Sig. (bilateral)	0,552	0,084	0,064
	N	439	439	439
N-B	Correlación de Pearson	0,394**	0,440**	0,243**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).				

La tabla 128, muestra los estudios de correlación entre los valores medios de las diferentes dimensiones de la escala FATCOD-B y los valores medios de la escala PRAM de actitudes ante la muerte, que reconoce cinco dimensiones. Se aprecia una significativa correlación positiva entre la dimensión neutral-biológica de la escala PRAM y los valores recogidos por la escala FATCOD-B. Por otra parte, y de forma también significativa se puede apreciar una correlación negativa de la escala FATCOD-B, con las dimensiones de miedo y evitación de la escala PRAM. Esto es, aquellas personas con fuertes valores en las dimensiones de miedo y evitación presentan peores valores de la escala de FATCOD-B de competencias hacia el cuidado del paciente moribundo. Estos hallazgos están presentes en los diferentes valores de la escala, con excepción del factor 2 propuesto por Nakai.

Tabla 128. Correlaciones entre las escalas PRAM-GLOBAL y FATCOD-B GLOBAL.

Correlaciones Pearson		Media Aptitudes Positivas	Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Media Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)
M	Corr. de Pearson	-0,137**	-0,239**	-0,240**	-0,272**	-0,06711247
	Sig. (bilateral)	0,004	0,000	0,000	0,000	0,160
	N	439	439	439	439	439
Ev	Corr. de Pearson	-0,122*	-0,330**	-0,297**	-0,355**	-0,056
	Sig. (bilateral)	0,011	0,000	0,000	0,000	0,239
	N	439	439	439	439	439
R	Corr. de Pearson	0,137**	-0,015	0,059	-0,014	,164**
	Sig. (bilateral)	0,004	0,742	0,215	0,764	0,001
	N	439	439	439	439	439
Es	Corr. de Pearson	0,079	-0,150**	-0,065	-0,122*	0,046
	Sig. (bilateral)	0,097	0,002	0,173	0,010	0,334
	N	439	439	439	439	439
N-B	Corr. de Pearson	0,319**	0,215**	0,317**	0,275**	0,228**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439	439	439
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).						
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).						

La tabla 129, muestra los estudios de correlación entre los valores medios de las diferentes dimensiones de la escala FATCOD-B y los valores medios de la escala BAM. Se aprecia una fuerte correlación de todos los valores entre ambas escalas, hallazgo esperable dado que ambas escalas dirigen su interés hacia las aptitudes y habilidades de los profesionales en el cuidado de los pacientes y en el soporte a las familias, en las circunstancias sobrevenidas por la asistencia en fin de vida.

Tabla 129. Correlaciones entre las escalas BAM-GLOBAL y FATCOD-B GLOBAL.

Correlaciones Pearson		Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Media Aptitudes Positivas	Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)
Media de ítems de la Escala BAM	Correlación de Pearson	0,424**	0,335**	0,354**	0,408**	0,253**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439	439	439
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Correlación de Pearson	0,340**	0,240**	0,305**	0,356**	0,154**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
	N	439	439	439	439	439
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Correlación de Pearson	0,418**	0,269**	0,394**	0,421**	0,227**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	439	439	439	439	439
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).						
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).						

La tabla 130, muestra los estudios de correlación entre los valores medios de las diferentes dimensiones de la escala S-PCB y los valores medios de la escala PRAM de actitudes ante la muerte, que reconoce cinco dimensiones. Se aprecia una significativa correlación positiva entre las dimensiones de ortodoxia y segunda ingenuidad de la escala S-PCB y la dimensión de reaceramiento de la escala PRAM. Por otra parte, es de destacar la significativa correlación negativa entre la crítica externa y la dimensión de reaceramiento, y entre la ortodoxia y la dimensión neutral-biológica (aunque esta última es de baja intensidad).

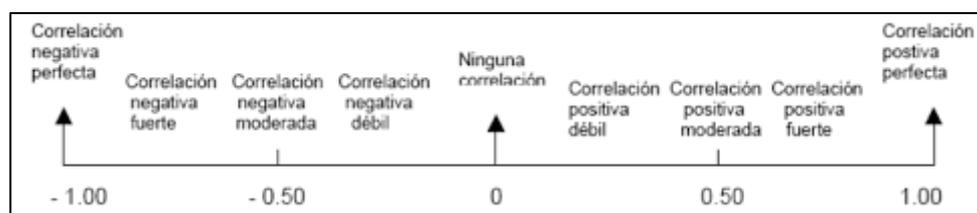
Correlaciones		ORTODOXIA	SEGUNDA INGENUIDAD	RELATIVISMO	CRITICA EXTERNA
REACERCAMIENTO	Correlación de Pearson	0,623**	0,652**	-0,102*	-0,557**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,037	0,000
	N	419	418	418	418
MIEDO	Correlación de Pearson	0,140**	0,123*	-0,007	0,020
	Sig. (bilateral)	0,004	0,012	0,893	0,679
	N	419	418	418	418
EVITACIÓN	Correlación de Pearson	0,190**	0,056	-0,063	0,056
	Sig. (bilateral)	0,000	0,249	0,196	0,257
	N	419	418	418	418
ESCAPE	Correlación de Pearson	0,213**	0,205**	0,033	-0,103*
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,507	0,036
	N	419	418	418	418
NEUTRAL-BIOLÓGICA	Correlación de Pearson	-0,111*	-0,016	0,195**	0,055
	Sig. (bilateral)	0,023	0,748	0,000	0,261
	N	419	418	418	418
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).					
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).					

La tabla 131, muestra la correlación entre los valores medios de la escala S-PCB y los valores medios de la escala BAM, en referencia al afrontamiento de la muerte de otras personas o de la propia muerte. Se aprecian correlaciones significativas positivas, entre el afrontamiento hacia la muerte, y las dimensiones de segunda ingenuidad y de relativismo, aunque de muy baja intensidad.

Tabla 131. Correlaciones entre las escalas BAM-GLOBAL y S-PCB GLOBAL.					
Correlaciones		ORTODOXIA	SEGUNDA INGENUIDAD	RELATIVISMO	CRITICA EXTERNA
Media ítems BAM Afrontamiento de otros	Correlación de Pearson	0,022	0,119*	0,057	-0,079
	Sig. (bilateral)	0,647	0,015	0,243	0,105
	N	419	418	418	418
Media ítems BAM Auto Afrontamiento	Correlación de Pearson	-0,006	0,074	0,134**	-0,047
	Sig. (bilateral)	0,904	0,132	0,006	0,335
	N	419	418	418	418
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).					
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).					

La tabla 132 muestra los estudios de correlación entre los valores medios de las diferentes dimensiones de la escala S-PCB y los valores medios de los ítems que reconocen las aptitudes positivas y negativas, junto con los factores 1 y 2, de la escala FATCOD-B de Frommelt. La existencia de correlaciones significativas se establece a unos niveles de correlación positiva o negativa de baja intensidad, si bien cabe destacar que la dimensión de ortodoxia de la escala S-PCB, presenta una tendencia a correlacionar de forma negativa con la cualificación recogida en los ítems de aptitudes de la escala FATCOD-B global. Las dimensiones de segunda ingenuidad y relativismo, si bien son menos extremas en sus planteamientos, no muestran este tipo de tendencia.

Tabla 132. Correlaciones entre las escalas FATCOD-B GLOBAL y S-PCB GLOBAL.					
Correlaciones		ORTODOXIA (Media)	SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	RELATIVISMO (Media)	CRITICA EXTERNA (Media)
Media FATCOD-B Aptitudes Positivas y Negativas (invertidas)	Correlación de Pearson	-0,127**	0,103*	0,080	-0,101*
	Sig. (bilateral)	0,009	0,036	0,101	0,038
	N	419	418	418	418
Media Aptitudes Positivas	Correlación de Pearson	-0,015	0,175**	0,114*	-0,092
	Sig. (bilateral)	0,758	0,000	0,020	0,060
	N	419	418	418	418
Media Aptitudes Negativas (invertidas)	Correlación de Pearson	-0,168**	0,019	0,030	-0,076
	Sig. (bilateral)	0,001	0,706	0,535	0,120
	N	419	418	418	418
Media FATCOD F1 (Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente)	Correlación de Pearson	-0,177**	0,025	0,060	-0,060
	Sig. (bilateral)	0,000	0,607	0,223	0,218
	N	419	418	418	418
Media FATCOD F2 (Cuidados centrados en el paciente terminal y su familia)	Correlación de Pearson	0,041	0,188**	0,065	-0,123*
	Sig. (bilateral)	0,402	0,000	0,183	0,012
	N	419	418	418	418
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).					
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).					



5.7 Consideraciones generales de los resultados obtenidos de cada escala:

A modo de resumen se presentan una serie de consideraciones previas al apartado de discusión, que sirven para agrupar los principales resultados obtenidos en las distintas escalas empleadas en el estudio:

A. En relación con la aplicación del *“Perfil de actitudes frente a la muerte”*, el presente estudio observa:

1. De forma significativa la actitud miedo obtiene unos valores más elevados en Navarra. Las actitudes de reaceramiento y escape de la vida obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en la región de Valdivia.
2. La actitud neutral biológica obtiene puntuaciones significativamente más elevadas en profesionales de enfermería varones, con edades mayores y desarrollos profesionales más avanzados.
3. Aquellos profesionales de enfermería que viven en pareja y/o tienen hijos a su cargo presentan de forma significativa puntuaciones más elevadas en la actitud miedo y evitación frente a la muerte. Los profesionales en ausencia de pareja y/o hijos significativamente presentan puntuaciones más elevadas de la actitud “escape”. Los profesionales que viven solos presentan significativamente valores bajos en la dimensión de miedo frente a la muerte.
4. Los profesionales que profesaban y practicaban alguna religión presentan puntuaciones más elevadas de forma significativa en la dimensión de reaceramiento y miedo frente a la muerte. La actitud neutral biológica presenta puntuaciones más elevadas en aquellos profesionales que no profesan una religión. La asistencia a ritos funerarios en la infancia se asocia de forma significativa con puntuaciones menos elevadas en la actitud miedo, y más elevadas en la actitud escape.
5. Las actitudes de miedo y neutral biológico presentan entre sí una correlación negativa a niveles significativos.

B En relación con la aplicación de la “Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen”, el presente estudio aprecia:

1. La valoración de la “Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen” (BAM) muestra una puntuación de 140,27 puntos, que indica un nivel de afrontamiento ante la muerte adecuado, si bien las puntuaciones son discretamente mejores en los enfermeros de Valdivia (144,51) que en los de Navarra (138,78). De forma significativa se apreciaban unos valores más elevados de la escala BAM en la región de Valdivia.
2. Se aprecian de forma significativa valores más elevados de la escala de BUGEN global y de aquellos ítems referentes al auto afrontamiento en los grupos de edad más avanzada y en aquellos profesionales con más años de ejercicio de la profesión.
3. De forma significativa la asistencia a ritos funerarios en la infancia y el haber sufrido pérdida de algún ser querido conllevaba valores más elevados en el global de la escala de Bugen (BAM) así como en los ítems referentes al auto afrontamiento de la muerte y al afrontamiento de la muerte de otras personas.
4. De forma significativa se apreció la existencia de correlaciones de carácter negativo entre la actitud de miedo y evitación en la escala PRAM y los valores en la escala de Bugen globales y en los de los ítems de auto afrontamiento y afrontamiento de la muerte de otras personas. La actitud neutral biológica de la escala PRAM correlacionó de forma significativa y positivamente con todos los valores de la escala de BUGEN.

C En relación con la aplicación de la escala *Escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo de Frommelt*, el presente estudio observa:

1. Las puntuaciones de la Escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo de Frommelt (FATCOD-B) también muestran valores elevados en las muestras de enfermeros estudiados, tanto globalmente (123,82) como en Navarra (123,4) o en Valdivia (125,04). Además, de forma significativa

la escala obtiene puntuaciones de actitudes positivas y del factor 2 (familia) más elevadas en los profesionales de Valdivia.

2. De forma significativa las aptitudes globales de la escala y los factores 1 y 2 de esta, correlacionan positiva y significativamente con la actitud neutral biológica de la escala PRAM. Por otra parte, y también de forma significativa se aprecia la existencia de correlaciones negativas entre estas aptitudes de la escala de Frommelt y las actitudes de miedo y evitación de la escala PRAM
3. La escala de Bugen y sus ítems de valoración del auto afrontamiento y del afrontamiento de la muerte de otras personas correlacionaban positiva y significativamente con las aptitudes globales y sus factores de la escala de Frommelt, como era previamente verosímil.

D En relación con la aplicación de la escala reducida de *Creencias Postcríticas de Duriez et al.*, el presente estudio aprecia:

1. De forma significativa se objetivan en Valdivia puntuaciones más elevadas de las dimensiones ortodoxia y segunda ingenuidad. Por el contrario, las puntuaciones de relativismo y crítica externa son significativamente más elevadas en Navarra.
2. Como era esperable, las puntuaciones más elevadas de ortodoxia y segunda ingenuidad se han encontrado en aquellos profesionales que profesan y practican una religión.
3. También, se apreció una correlación positiva de forma significativa entre las dimensiones de ortodoxia y segunda ingenuidad con la actitud de reaceramiento de la escala PRAM. Así mismo y también de forma significativa se ha apreciado una correlación negativa entre la dimensión de crítica externa y la actitud de reaceramiento de la escala PRAM

E En relación con la valoración de la influencia de los parámetros previamente estudiados en la valoración subjetiva del profesional de enfermería respecto a su preparación emocional y técnica, el presente estudio observa:

1. Se aprecia una significativa correlación positiva entre la actitud neutral biológica de la escala PRAM y el sentirse preparado emocional y técnicamente para asistir a pacientes en fin de vida por parte del

profesional de enfermería. Las actitudes de miedo y de evitación correlacionan significativamente de forma negativa con este sentimiento técnico y emocional del cuidado.

2. Se aprecian significativas correlaciones positivas entre los valores globales de la escala de BUGEN, y los de los ítems referentes al auto afrontamiento y el afrontamiento de la muerte de otras personas, respecto del sentimiento de estar preparado emocional y técnicamente para asistir a pacientes en fin de vida.
3. Apreciamos correlaciones significativas entre la subjetividad de sentirse técnica o emocionalmente preparado para cuidar a pacientes en el fin de vida, con las aptitudes positivas de la escala de FATCOD, salvo en lo referente al factor 2 de esta escala (cuidados centrados en el paciente terminal y su familia). Se ha obtenido también un nivel de significación relevante respecto del factor 1, que recoge la percepción de actitudes positivas hacia el cuidado del paciente terminal.
4. En nuestro estudio no encontramos ninguna correlación significativa de carácter positivo o negativo entre las diferentes dimensiones de la escala de creencias religiosas y el sentirse preparado técnica o emocionalmente para cuidar a pacientes en fin de vida.
5. No se han objetivado diferencias significativas respecto a la subjetiva capacitación emocional o técnica para asistir a estos pacientes y familiares respecto de la edad, el sexo, la experiencia profesional, ni con respecto a las características de la estructura y composición del núcleo familiar de los enfermeros encuestados. Únicamente se han apreciado diferencias significativas en relación con el lugar de realización de la encuesta, Valdivia o Navarra, siendo los enfermeros navarros más proclives para sentirse subjetivamente más capacitados emocionalmente para este fin.

5.8 Análisis de la percepción subjetiva de estar capacitado emocional y técnicamente para la asistencia de los pacientes en fin de vida y de sus familias en base a las actitudes y aptitudes valoradas por las escalas utilizadas en este estudio.

Se ha diseñado en el cuestionario *ad hoc*, una variable para medir el sentimiento subjetivo de preparación técnica y emocional de los profesionales respecto de la asistencia a los pacientes en fin de vida y a sus familiares. Esta variable como ya se ha indicado con anterioridad, se responde en una escala de Likert del 1 al 7, desde total desacuerdo hasta el total acuerdo. Se ha interrogado al participante en la encuesta tanto de su sensación subjetiva de estar preparado emocionalmente, como de su sensación subjetiva de estar preparado técnicamente para ello.

Si bien inicialmente en la escala de Likert puntuaba del 1 al 7, posteriormente se ha transformado esta variable en dicotómica, de tal manera que las 5 primeras puntuaciones, desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo, se consideraron como una respuesta no favorable, considerándose únicamente favorable las respuestas 6 y 7 que comprendían la valoración bastante de acuerdo y total acuerdo (tabla 133).

¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?	Desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo
Total desacuerdo	5	
Bastante en desacuerdo	19	
Algo de desacuerdo	26	
Valoración indecisa o neutral	16	
Algo de acuerdo	124	
Bastante de acuerdo		188
Total acuerdo		59
Total	190	247

En relación con la variable que hacía referencia al sentimiento subjetivo de estar preparado técnicamente para cuidar de pacientes en fin de vida se realizó la misma transformación dicotómica de la escala de Likert, como se muestra en la siguiente tabla 134.

Tabla 134: Transformación de la variable sentirse preparado técnicamente para asistir a pacientes en fin de vida en una variable dicotómica.		
¿Te sientes preparada/o técnicamente para cuidar pacientes en fin de vida?	Desde total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo
Total desacuerdo	8	
Bastante en desacuerdo	13	
Algo de desacuerdo	21	
Valoración indecisa o neutral	17	
Algo de acuerdo	83	
Bastante de acuerdo		184
Total acuerdo		104
Total	142	288

5.8.1 Análisis de la percepción subjetiva de estar capacitado emocionalmente para la asistencia de los pacientes en fin de vida y de sus familias en base

Como se muestra la tabla 135, no se han objetivado diferencias significativas respecto a la subjetiva capacidad emocional para asistir a estos pacientes y familiares respecto de la edad, sexo, experiencia profesional, ni de características sobre la estructura y composición del núcleo familiar. Únicamente se han apreciado diferencias significativas en relación con el lugar de realización de la encuesta, Valdivia o Navarra, siendo los enfermeros navarros más proclives a sentirse subjetivamente mejor capacitados emocionalmente.

¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar a pacientes en fin de vida?		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Total	Chi-cuadrado
Lugar realización encuesta	Navarra	91	227	318	0,001
	Chile	51	61	112	
	Total	142	288	430	
Grupos de edad	24 a 34 años	46	77	123	0,614
	35 a 44 años	32	66	98	
	45 a 54 años	37	81	118	
	55 a 65 años	26	63	89	
	Total	141	287	428	
Sexo	mujer	133	266	399	0,605
	Varón	8	20	28	
	Total	141	286	427	
Experiencia profesional	<5 años	24	28	52	0,169
	6-15 años	36	78	114	
	16-25 años	31	59	90	
	>26 años	49	116	165	
	Total	140	281	421	
Nucleo familiar	Otras situaciones	47	93	140	0,846
	Pareja con/sin hijos	93	192	285	
	Total	140	285	425	
Tiene hijos	NO	73	143	216	0,703
	SI	67	142	209	
	Total	140	285	425	
Vive solo/a	NO	113	236	349	0,597
	SI	27	49	76	
	Total	140	285	425	
¿Profesa alguna religión?	Si	102	198	300	0,580
	No	40	88	128	
	Total	142	286	428	
Práctica religiosa	Una vez por mes o menos	87	174	261	0,685
	Al menos una vez por semana	22	39	61	
	Total	109	213	322	
En su niñez asistía a funerales, cementerios,	Si	95	212	307	0,132
	No	47	75	122	
	Total	142	287	429	
¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien	Si	128	261	389	0,789
	No	14	26	40	
	Total	142	287	429	

Por otro lado, la tabla 136 muestra las asociaciones entre las dimensiones de la escala PRAM y de la escala Short-PCB respecto de la variable preparación emocional para el cuidado. Como puede apreciarse en dicha escala, se objetivaron diferencias significativas en las dimensiones miedo y evitación de la escala PRAM que recogían unas puntuaciones más elevadas en aquellos que se sentían dudosamente capacitados para este cuidado. Por otra parte, también se apreciaron diferencias significativas en la dimensión neutral biológica en la que obtuvieron puntuaciones más elevadas aquellos profesionales que sí se sentían capacitados emocionalmente preparados para procurar cuidados a pacientes y familiares en circunstancias de fin de vida. Respecto de la escala Short-PCB, no se objetivaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones que recoge esta escala respecto a la religiosidad de los profesionales.

Tabla 136. Descriptivos de la variable preparación emocional de las escalas PRAM y Short-PCB.

¿Te sientes preparada/o emocionalmente para cuidar pacientes en fin de vida?				
PRAM		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
MIEDO (Media)	Media	3,84	3,46	0,008
	Mediana	3,71	3,43	
	Desviaci	1,34	1,24	
	Rango	2,14	1,86	
EVITACIÓN (Media)	Media	3,39	2,73	0,000
	Mediana	3,20	2,40	
	Desviaci	1,66	1,40	
	Rango	2,80	2,00	
REACERCAMIENTO (Media)	Media	3,94	3,74	0,228
	Mediana	4,05	3,90	
	Desviaci	1,53	1,66	
	Rango	2,00	2,85	
ESCAPE (Media)	Media	3,69	3,67	0,902
	Mediana	3,70	3,70	
	Desviaci	1,34	1,50	
	Rango	1,80	2,20	
NEUTRAL-BIOLÓGICA (Media)	Media	5,57	5,84	0,000
	Mediana	5,60	5,80	
	Desviaci	0,73	0,80	
	Rango	0,80	1,20	
Short-PCB		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
ORTODOXIA (Media)	Media	2,89	2,71	0,111
	Mediana	2,80	2,70	
	Desviaci	1,11	1,11	
	Rango	1,45	1,60	
SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	Media	4,55	4,60	0,473
	Mediana	4,75	4,75	
	Desviaci	1,41	1,58	
	Rango	1,75	2,00	
RELATIVISMO (Media)	Media	4,79	4,93	0,428
	Mediana	5,00	5,00	
	Desviaci	1,19	1,09	
	Rango	1,56	1,50	
CRITICA EXTERNA (Media)	Media	3,55	3,63	0,755
	Mediana	3,80	3,80	
	Desviaci	1,12	1,19	
	Rango	1,60	1,60	

La tabla 137 recoge un estudio de regresión logística binaria, respecto de la variable dicotómica preparación subjetiva emocional para el cuidado el fin de vida, respecto de las diferentes dimensiones medidas en la escala PRAM y en la escala short-PCB. Se objetivó en el modelo multivariante que la variable dicotómica estaba significativamente relacionada con la dimensión de evitación y la dimensión neutral biológica de la escala PRAM.

Tabla 137: Regresión logística binaria de la variable preparación emocional para el cuidado de paciente en fin de vida, con respecto a las dimensiones de las escalas PRAM y Short-PCB.

Regresión logística: Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
MIEDO (Media)	-0,008	0,111	0,005	1	0,941	0,992	0,799	1,232
EVITACIÓN (Media)	-0,239	0,094	6,529	1	0,011	0,787	0,655	0,946
REACERCAMIENTO (Media)	-0,069	0,115	0,362	1	0,547	0,933	0,746	1,168
ESCAPE (Media)	-0,026	0,085	0,095	1	0,758	0,974	0,825	1,151
NEUTRAL-BIOLÓGICA (Media)	0,232	0,104	4,956	1	0,026	1,261	1,028	1,546
ORTODOXIA (Media)	-0,091	0,134	0,467	1	0,494	0,913	0,702	1,186
SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	0,134	0,104	1,667	1	0,197	1,144	0,933	1,402
RELATIVISMO (Media)	-0,018	0,111	0,026	1	0,871	0,982	0,791	1,220
CRITICA EXTERNA (Total)	0,011	0,024	0,226	1	0,635	1,011	0,965	1,060

La tabla 138 muestra las asociaciones entre las dimensiones de la escala BAM y de la escala FATCOD respecto de la variable preparación emocional para el cuidado. Como puede apreciarse en dicha escala, se objetivaron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala BAM, apreciándose unas puntuaciones más elevadas en aquellos que se sentían capacitados para este cuidado. Por otra parte, también se apreciaron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala FATCOD en la que obtuvieron puntuaciones más elevadas aquellos profesionales que si se sentían capacitados para procurar cuidados a pacientes y familiares en circunstancias de fin de vida, tanto en la puntuación global de la escala, en la puntuación de las variables negativas invertidas y como en aquellas del Factor 1, que identifica la percepción de actitudes positivas hacia el cuidado del paciente terminal.

Tabla 138. Descriptivos de la variable preparación emocional de las escalas BAM y FATCOD.

¿Te sientes preparada/o emocionalmente para				
BAM		Deste total des acuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
Escala BAM Bugen (Media)	Media	4,31	4,86	0,000
	Mediana	4,37	4,90	
	Desvíaci	0,76	0,79	
	Rango	1,11	1,08	
BAM Afrontamiento muerte de otros (Media)	Media	4,23	5,00	0,000
	Mediana	4,17	5,00	
	Desvíaci	1,02	0,99	
	Rango	1,33	1,29	
BAM AutoAfrontamiento muerte (Media)	Media	4,14	4,65	0,000
	Mediana	4,11	4,67	
	Desvíaci	0,92	0,98	
	Rango	1,22	1,33	
FATCOD		Deste total des acuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
FATCOD Variables positivas + negativas invertidas (Media)	Media	4,02	4,18	0,000
	Mediana	4,03	4,20	
	Desvíaci	0,36	0,36	
	Rango	0,48	0,47	
FATCOD Variables positivas (Media)	Media	4,42	4,46	0,425
	Mediana	4,53	4,53	
	Desvíaci	0,39	0,37	
	Rango	0,47	0,47	
FATCOD Variables negativas invertidas (Media)	Media	3,62	3,91	0,000
	Mediana	3,60	3,93	
	Desvíaci	0,50	0,50	
	Rango	0,68	0,67	
FATCOD Factor1 Percepción Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente terminal (Media)	Media	2,80	2,56	0,000
	Mediana	2,75	2,56	
	Desvíaci	0,41	0,41	
	Rango	0,52	0,56	
FATCOD Factor2 Percepcion Cuidados Paciente y Familia (Media)	Media	4,09	4,07	0,725
	Mediana	4,15	4,08	
	Desvíaci	0,31	0,33	
	Rango	0,38	0,38	

La tabla 139 recoge un estudio de regresión logística binaria, respecto de la variable dicotómica preparación subjetiva emocional para el cuidado el fin de vida, respecto de las diferentes dimensiones medidas en la escala BAM y en la escala FATCOD. Se objetivó en el modelo multivariante que la variable dicotómica estaba significativamente relacionada con las puntuaciones obtenidas en la escala BAM respecto del afrontamiento de la muerte de otros, se entiende por otros “pacientes”, en contraste con los valores de afrontamiento de la propia muerte. También se objetivó significación en el modelo multivariante respecto del factor 1 de la escala FATCOD.

Tabla 139: Regresión logística binaria de la variable preparación emocional para el cuidado de paciente en fin de vida, con respecto a las dimensiones de las escalas BAM y FATCOD-B.								
Regresión logística: Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Escala BAM Bugen (Media)	0,452	0,411	1,207	1	0,272	1,571	0,702	3,516
BAM Afrontamiento muerte de otros (Media)	0,427	0,202	4,488	1	0,034	1,533	1,032	2,277
BAM Auto Afrontamiento muerte (Media)	-0,007	0,244	0,001	1	0,979	0,994	0,616	1,603
FATCOD Variables positivas + negativas invertidas (Media)	0,444	0,560	0,628	1	0,428	1,559	0,520	4,672
FATCOD Variables positivas (Media)	-0,455	0,792	0,330	1	0,566	0,635	0,134	2,998
FATCOD Factor1 Percepción Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente terminal (Media)	-0,702	0,296	5,618	1	0,018	0,496	0,277	0,886
FATCOD Factor2 percepción Cuidados Paciente y Familia (Media)	-0,302	0,607	0,248	1	0,618	0,739	0,225	2,427

5.8.2 Análisis de la percepción subjetiva de estar capacitado técnicamente para la asistencia de los pacientes en fin de vida y de sus familias en base

Como se muestra la tabla 140, no se objetivaron diferencias significativas respecto a la subjetiva capacitación técnica para asistir a estos pacientes y familiares respecto de la edad, sexo, ni características de la estructura y composición del núcleo familiar. Únicamente se apreciaron diferencias significativas en relación con la experiencia profesional, siendo el grupo de los enfermeros entre los 6 y 10 años de experiencia profesional más proclives a sentirse subjetivamente capacitados técnicamente. Se objetivó una tendencia hacia la significación estadística con un sentimiento subjetivo de preparación técnica más elevado, en aquellos enfermeros que habían sufrido alguna pérdida familiar o próxima.

Tabla 140. Descriptivos de la variable preparación técnica respecto de las variables sociodemográficas

¿Te sientes preparada/o técnicamente para cuidar a pacientes en fin de vida?		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Total	Chi-cuadrado Significación
Lugar realización encuesta	Navarra	136	187	323	0,330
	Chile	54	60	114	
	Total	190	247	437	
Grupos de edad	24 a 34 años	59	65	124	0,218
	35 a 44 años	38	60	98	
	45 a 54 años	59	64	123	
	55 a 65 años	33	57	90	
	Total	189	246	435	
Sexo	mujer	180	226	406	0,103
	Varón	8	20	28	
	Total	188	246	434	
Experiencia profesional	<5 años	33	20	53	0,013
	6-15 años	41	75	116	
	16-25 años	40	50	90	
	>26 años	74	95	169	
	Total	188	240	428	
Núcleo familiar	Otras situaciones	58	82	140	0,569
	Pareja con/sin hijos	129	162	291	
	Total	187	244	431	
Tiene hijos	NO	91	127	218	0,486
	SI	96	117	213	
	Total	187	244	431	
Vive solo/a	NO	152	203	355	0,605
	SI	35	41	76	
	Total	187	244	431	
¿Profesa alguna religión?	Si	137	169	306	0,427
	No	52	76	128	
	Total	189	245	434	
Práctica religiosa	Una vez por mes o menos	114	151	265	0,508
	Al menos una vez por semana	30	33	63	
	Total	144	184	328	
En su niñez asistió a funerales, cementerios, tanatorios, etc.	Si	130	181	311	0,304
	No	59	66	125	
	Total	189	247	436	
¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido?	Si	166	229	395	0,084
	No	23	18	41	
	Total	189	247	436	

La tabla 141 muestra las asociaciones entre las dimensiones de la escala PRAM y de la escala Short-PCB respecto de la variable preparación técnica para el cuidado. Como puede apreciarse en dicha escala, también aquí se objetivaron diferencias significativas en las dimensiones miedo y evitación de la escala PRAM que recogían unas puntuaciones más elevadas en aquellos que se sentían dudosamente capacitados para este cuidado. Por otra parte, también se apreciaron diferencias significativas en la dimensión neutral biológica en la que obtuvieron puntuaciones más elevadas aquellos profesionales que sí se sentían técnicamente capacitados para procurar cuidados a pacientes y familiares en circunstancias de fin de vida. Respecto de la escala Short-PCB, no se objetivaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones que recoge esta escala respecto a la religiosidad de los profesionales.

Tabla 141. Descriptivos de la variable preparación técnica de las escalas PRAM y Short-PCB.				
¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?				
PRAM		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
MIEDO (Media)	Media	3,83	3,41	0,001
	Mediana	3,71	3,43	
	Desviación	1,26	1,27	
	Rango	1,89	2,00	
EVTACIÓN (Media)	Media	3,30	2,69	0,000
	Mediana	3,10	2,40	
	Desviación	1,60	1,40	
	Rango	2,60	2,00	
REACERCAMIENTO (Media)	Media	3,88	3,77	0,622
	Mediana	4,10	3,90	
	Desviación	1,55	1,68	
	Rango	2,13	3,00	
ESCAPE (Media)	Media	3,69	3,66	0,866
	Mediana	3,70	3,60	
	Desviación	1,36	1,51	
	Rango	1,80	2,00	
NEUTRAL-BIOLÓGICA (Media)	Media	5,63	5,84	0,002
	Mediana	5,80	5,80	
	Desviación	0,75	0,81	
	Rango	1,00	1,20	
Short-PCB		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
ORTODOXIA (Media)	Media	2,81	2,76	0,591
	Mediana	2,80	2,80	
	Desviación	1,09	1,14	
	Rango	1,45	1,60	
SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	Media	4,67	4,53	0,698
	Mediana	4,75	4,75	
	Desviación	1,38	1,62	
	Rango	1,75	2,25	
RELATIVISMO (Media)	Media	4,86	4,89	0,629
	Mediana	4,75	5,00	
	Desviación	1,08	1,15	
	Rango	1,50	1,50	
CRITICA EXTERNA (Media)	Media	3,56	3,62	0,540
	Mediana	3,60	3,80	
	Desviación	1,07	1,23	
	Rango	1,60	1,60	

La tabla 142 recoge un estudio de regresión logística binaria, respecto de la variable dicotómica preparación subjetiva técnica para el cuidado el fin de vida, respecto de las diferentes dimensiones medidas en la escala PRAM y en la escala short-PCB. Se objetivó en el modelo multivariante que la variable dicotómica estaba significativamente relacionada con la dimensión de evitación y la dimensión neutral biológica de la escala PRAM.

Tabla 142: Regresión logística binaria de la variable preparación técnica para el cuidado de paciente en fin de vida, con respecto a las dimensiones de las escalas PRAM y Short-PCB.

Regresión logística: Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
MIEDO (Media)	-0,077	0,104	0,547	1	0,460	0,926	0,756	1,135
EVITACIÓN (Media)	-0,221	0,089	6,121	1	0,013	0,802	0,673	0,955
REACERCAMIENTO (Media)	0,053	0,107	0,244	1	0,621	1,054	0,855	1,300
ESCAPE (Media)	-0,063	0,079	0,622	1	0,430	0,939	0,804	1,097
NEUTRAL-BIOLÓGICA (Media)	0,174	0,099	3,099	1	0,078	1,190	0,981	1,443
ORTODOXIA (Media)	0,096	0,125	0,583	1	0,445	1,101	0,861	1,407
SEGUNDA INGENUIDAD (Media)	-0,073	0,097	0,572	1	0,450	0,929	0,769	1,124
RELATIVISMO (Media)	0,002	0,105	0,000	1	0,984	1,002	0,816	1,230
CRITICA EXTERNA (Total)	0,015	0,023	0,460	1	0,498	1,015	0,971	1,062

La tabla 143 muestra las asociaciones entre las dimensiones de la escala BAM y de la escala FATCOD respecto de la variable preparación técnica para el cuidado. Como puede apreciarse en dicha escala, se objetivaron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala BAM, apreciándose unas puntuaciones más elevadas en aquellos que se sentían capacitados para este cuidado. Por otra parte, también se apreciaron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala FATCOD en la que obtuvieron puntuaciones más elevadas aquellos profesionales que si se sentían capacitados para procurar cuidados a

pacientes y familiares en circunstancias de fin de vida, tanto en la puntuación global de la escala, en la puntuación de las variables negativas invertidas y como en aquellas del Factor 1, que identifica la percepción de actitudes positivas hacia el cuidado del paciente terminal.

Tabla 143. Descriptivos de la variable preparación técnica de las escalas BAM y FATCOD.				
¿Te sientes preparado técnicamente para asistir pacientes en fin de vida?				
BAM		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
Media de Items de la Escala BAM	Media	4,31	4,96	0,000
	Mediana	4,33	5,00	
	Desviación	0,70	0,80	
	Rango	0,95	1,03	
Media Items BAM Afrontamiento de otros	Media	4,23	5,14	0,000
	Mediana	4,25	5,17	
	Desviación	0,96	0,97	
	Rango	1,33	1,33	
Media Items BAM AutoAfrontamiento	Media	4,11	4,77	0,000
	Mediana	4,11	4,89	
	Desviación	0,85	0,98	
	Rango	1,11	1,33	
FATCOD		Deste total desacuerdo hasta algo de acuerdo	Bastante o Total Acuerdo	Significación
Media Items de Variables positivas e invirtiendo las negativas de Frommelt	Media	4,05	4,20	0,000
	Mediana	4,07	4,20	
	Desviación	0,36	0,36	
	Rango	0,48	0,50	
Media Items de Variables positivas de Frommelt	Media	4,41	4,47	0,144
	Mediana	4,47	4,53	
	Desviación	0,40	0,37	
	Rango	0,40	0,47	
Media Items de Variables negativas invertidas de Frommelt	Media	3,68	3,92	0,000
	Mediana	3,67	3,93	
	Desviación	0,51	0,51	
	Rango	0,73	0,67	
Factor1 Media Percepción Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente terminal	Media	2,74	2,56	0,000
	Mediana	2,69	2,56	
	Desviación	0,43	0,41	
	Rango	0,50	0,56	
Factor2 Media Percepcion Cuidados Paciente y Familia	Media	4,07	4,08	0,564
	Mediana	4,12	4,15	
	Desviación	0,30	0,34	
	Rango	0,38	0,46	

La tabla 144 recoge un estudio de regresión logística binaria, respecto de la variable dicotómica preparación subjetiva técnica para el cuidado el fin de vida, respecto de las diferentes dimensiones medidas en la escala BAM y en la escala FATCOD. Se objetivó en el modelo multivariante que la variable dicotómica estaba significativamente relacionada con las puntuaciones obtenidas en la escala BAM respecto del afrontamiento de la muerte de otros, se entiende por otros “pacientes”, en contraste con los valores de afrontamiento de la propia muerte en los que, no obstante, se objetivó una tendencia a la significación estadística. También se objetivó significación en el modelo multivariante respecto del factor 1 de la escala FATCOD.

Tabla 144: Regresión logística binaria de la variable preparación técnica para el cuidado de paciente en fin de vida, con respecto a las dimensiones de las escalas BAM y FATCOD-B.

Regresión logística: Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Escala BAM Bugen (Media)	-0,152	0,402	0,142	1	0,706	0,859	0,391	1,890
BAM Afrontamiento muerte de otros (Media)	0,842	0,203	17,277	1	0,000	2,321	1,560	3,452
BAM Auto Afrontamiento muerte (Media)	0,461	0,240	3,675	1	0,055	1,586	0,990	2,540
FATCOD Variables positivas + negativas invertidas (Media)	-0,621	0,547	1,289	1	0,256	0,538	0,184	1,569
FATCOD Variables positivas (Media)	0,242	0,775	0,098	1	0,754	1,274	0,279	5,820
FATCOD Factor1 Percepción Aptitudes Positivas hacia el cuidado del paciente terminal (Media)	-0,839	0,286	8,602	1	0,003	0,432	0,247	0,757
FATCOD Factor2 Percepción Cuidados Paciente y Familia (Media)	-0,325	0,595	0,299	1	0,585	0,722	0,225	2,320

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN.

6.1 El concepto de muerte y su contexto en la enfermería.

La investigación sobre el proceso de muerte y los cuidados al final de la vida realizados por parte de enfermería está ampliamente justificada, teniendo en cuenta los diferentes enfoques que pueden darse como el lugar donde se prestan los cuidados paliativos, el tipo de paciente, el nivel de espiritualidad y ética desarrollado al respecto, o el nivel de formación exigido para ello (227).

En este sentido, al hilo de lo que se muestra en esta investigación, la destreza clínica que un profesional de enfermería posee, y consecuentemente los cuidados que implementa en su práctica diaria, están influenciados por su contexto cultural y social (228). Como se evidencia de los resultados de Ayers *et al.* (229), factores sociodemográficos como el género, el estado civil o la religión, pueden incidir positiva o negativamente en las actitudes de enfermería sobre los cuidados en fin de vida. Este es un aspecto que hay que tener en cuenta, al considerar las muestras de Navarra y de Valdivia, ya que éstas, presentan diferencias en cuanto a la provisión de los cuidados al final de la vida, y diferencias en la disposición cultural hacia la muerte, en este caso más secularizada en la región de Navarra (105).

En el ámbito de la atención sanitaria, podemos considerar que la muerte es un fenómeno natural, y que, tanto a nivel individual, como organizacional y comunitario, la responsabilidad por la calidad de la atención a los pacientes que se acercan al momento de su muerte es una tarea especialmente importante (230). Por ello, es interesante conocer la experiencia profesional y la preparación emocional de los/as enfermeros, que, según indican Espinoza y Sanhueza (231), puede tener relación con el grado de cercanía que tienen los profesionales de la salud con la familia, y también con la actitud solidaria de éstos hacia el paciente terminal. Como sucede según los resultados obtenidos por Osegueda *et al.* (232) en población general, los sujetos que presentan emociones menos influenciadas por la ansiedad hacia la muerte (no presentan miedo, impotencia, irritabilidad, etc.), atienden más efectivamente a sus enfermos, y se comunican con ellos de un modo más espontáneo, al igual que aquellos que presentan mayor religiosidad,

los cuales, independientemente de su credo, manifiestan mayor preocupación por las consecuencias finales que producirá la muerte en su ser querido.

Además de la cultura y la religión, hay otros muchos elementos que influyen en las actitudes hacia la muerte por parte de los profesionales de la salud, como son la edad, las experiencias personales vividas en torno a la muerte, y de forma notable, el lugar donde se produce ésta (instituciones extrafamiliares o entorno domiciliario). Según los resultados de García-Avenidaño *et al.* (233), los enfermeros que atienden a pacientes en un entorno de cuidados intensivos se sienten más aliviados al ver que, tanto el paciente en fase terminal, como su familia, “*ya no sufren más*”, después haber orientado los cuidados hacia la paliación. En este sentido, el proceso de morir, según Limonero (14), condiciona el estilo de adaptación que desarrolla el profesional ante la enfermedad y la muerte, y repercute en la construcción de las relaciones interpersonales que va creando (en este caso con el paciente y su familia), esenciales para su etapa de transición y duelo.

Dado que las enfermeras/os desempeñan un papel fundamental en la atención directa al paciente, la muerte de éste puede traer un sentido de pérdida y dolor que, si no se afronta adecuadamente, de acuerdo con Freitas *et al.* (234), puede afectar en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, Lester (235), indica que para estudiar este fenómeno, hay que tener en cuenta una triple perspectiva, el de los sentimientos que se generan en torno a la propia muerte, aquellos relacionados con el proceso de morir, y eventualmente los que se generan en torno a la muerte de la persona querida. En este sentido, estudios como el liderado por Bermejo *et al.* (236), demuestran que es relevante realizar investigaciones sobre cómo puede afectar el cuidado de pacientes al final de la vida, en los profesionales de la salud. De este modo, atendiendo a que la actitud del cuidado, al igual que en el presente estudio, es positiva en la mayoría de los casos, Bermejo *et al.*, determinan una jerarquía en relación al miedo a la muerte, siendo éste mayor ante la muerte de otros, seguido del miedo hacia el proceso de morir, el miedo al proceso de morir de otros y por último, el miedo a la propia muerte, como muestra la figura 14.

Dichas interpretaciones en torno a la muerte y su proceso están formadas por todos aquellos pensamientos que evocan a la realización de un determinado comportamiento. De este modo, según Neimeyer, se obtienen actitudes de evitación, que reducen la ansiedad hacia la muerte, actitudes de miedo, que paralizan, actitudes de escape, que evaden la situación o actitudes neutrales que trascienden hacia la

aceptación (11). Cabe destacar que, según Wong *et al.* (237), las actitudes de miedo a la muerte y su evitación están relacionadas con un “bienestar psicológico negativo”, y positivamente relacionadas con conductas depresivas, mientras que, por otro lado, los enfoques neutrales y de aceptación están relacionados con un “bienestar psicológico positivo”, y negativamente relacionados con el desánimo y la preocupación.

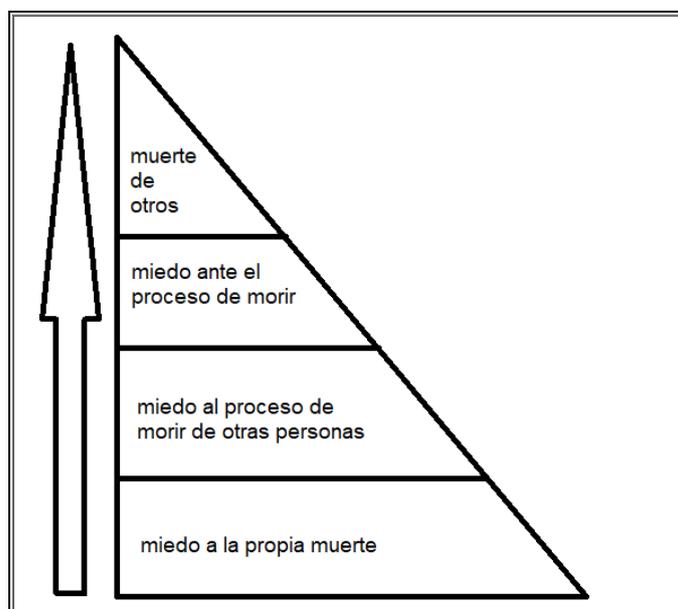


Figura 14: Jerarquía de valores ante la actitud de miedo a la muerte en profesionales de la salud (Recogido de Bermejo y col.)

Por otro lado, en el estudio sobre el concepto de muerte y su proceso, hay que tener en cuenta, el modelo diseñado por Doka y Martin (238), que identifica tres tipos de conducta frente al duelo, o conducta de afrontamiento hacia la muerte, como son la intuitiva, la instrumental o la disonante. Según estos autores, las personas más intuitivas pueden experimentar el duelo en forma de profundos sentimientos que pueden ser abrumadores, y pueden manifestar por ello un pensamiento desorganizado, llanto incontrolable o desesperación, caracterizándose en general, por expresar abiertamente sus emociones. Los más instrumentales, se centran en resolver problemas y controlar el medio que les rodea, siendo reacios a hablar de sus sentimientos, presentando una actitud de dominio de sí mismos, así como conductas obsesivas, desordenadas y descuidadas (239). Paradójicamente, presentan más energía para realizar múltiples actividades, resultando más interactivos con el proceso y siendo menos evidente el duelo que padecen. Las personas que emplean esta modalidad de afrontamiento hacia la muerte se perciben como distantes y

desconectadas de su proceso de duelo, asumiendo no necesitar incluso ningún tipo de apoyo, lo que puede inducir a una mala atención, si el personal sanitario lo adopta como propio (240).

De acuerdo con Strada y Portenoy (238), en relación con las actitudes frente a la muerte, pueden presentarse una mezcla entre las conductas intuitiva e instrumental que no es tan auténtica, denominada disonante. Aquellos que son disonantes experimentan un duelo intuitivo, pero no poseen las herramientas necesarias para expresar sus sentimientos. Presentan una lucha entre lo que experimentan y cómo lo expresan, no facilitando el proceso de duelo. Están más en riesgo de desarrollar un duelo complicado y pueden precisar más ayuda psicológica (241). Por ello, ocurre una mezcla en su estilo interpretativo, donde los individuos utilizan el modelo intuitivo emocional abierto y el modelo instrumental estratégico-intelectual simultáneamente.

En este caso, como indican dos-Santos *et al.* (242), la reflexión sobre el concepto de muerte y la propia finitud entre el colectivo sanitario es necesaria para minimizar sentimientos negativos como estrés, amenaza, frustración, fracaso e incompetencia. De este modo, según señalan Vargas y Concha (243), la experiencia previa en torno a los aspectos formales y sociales frente a la muerte puede proteger frente a posturas o conductas de evitación, fomentando así una empatía y un manejo emocional apropiados, para proporcionar unos cuidados de enfermería centrados más en valores éticos y humanos y no tanto en aspectos médicos y biológicos, propios de la evolución fisiológica de la enfermedad.

Es necesario añadir a este punto, que expresar sentimientos como tristeza, angustia o impotencia ante la muerte, es algo normal entre el personal de enfermería. En cambio, de acuerdo con García-Solís *et al.* (244), limitar esas emociones o evitarlas, puede traer consecuencias en este colectivo, en las esferas física, psicológica y social. En todo caso, para mejora de esas actitudes, Li *et al.* (245) proponen a los profesionales de la salud, fomentar la capacidad para proporcionar esperanza a pacientes con cáncer o en estados de fin de vida avanzados, a través de intervenciones positivas, en términos de salud mental, que tengan en cuenta la temporalidad de la enfermedad, la conexión con la realidad del propio sujeto, así como las expectativas de afrontamiento que posea éste, ante su situación de terminalidad.

De acuerdo con las investigaciones de Andershed (246) y Mangan (247) entre otros, las implicaciones clínicas sobre cuidados al final de la vida y las decisiones meditadas que se toman durante los últimos meses de vida, mejoran la habilidad, tanto de los familiares como del paciente, de sobreponerse a la situación que les acontece. Por este motivo, es necesario considerar la trayectoria de la enfermedad, dentro del modelo multidisciplinar de cuidados paliativos, para poder así proporcionar al paciente terminal una atención adecuada en cualquier contexto asistencial (diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal) (248). Por otro lado, la influencia social y el valor económico y moral al que está ligado al proceso de enfermedad y de muerte, hacen necesario tener en cuenta una planificación avanzada en cuidados paliativos para mejorar la calidad de la vida en la fase terminal (249). Las enfermeras deben ser conscientes de que el manejo de los pacientes con una enfermedad terminal requerirá normalmente, de una cooperación estrecha con especialistas de otras disciplinas. Tanto es así que, en el campo de los cuidados paliativos, los profesionales sanitarios, han de ser hábiles en la coordinación y la planificación del cuidado interdisciplinar, que incluya médicos, enfermeros, trabajadores sociales, anestesistas, médicos de cuidados paliativos, psicólogos, psiquiatras, capellanes, rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y nutricionistas entre otros (250). Acomete que institucionalmente, de acuerdo con el informe de Borrás *et al* (251), se creen estructuras y grupos de trabajo multidisciplinarios desarrollados para este fin.

Desde una perspectiva enfermera, según Naylor (252), se brindan los cuidados al final de la vida teniendo en cuenta que la calidad de éstos, de acuerdo con el conocimiento profesional actual, incrementa la probabilidad de conseguir los objetivos de salud esperados. En palabras de Watts (253), las enfermeras, en cualquier ámbito de atención, facilitan la transición hacia la muerte, mediante los cuidados paliativos de fin de vida. No cabe duda de que el profesional de enfermería tiene y tendrá, cada vez más, que asistir a un creciente número de pacientes en su proceso de muerte (254). Además, los avances en la tecnología médica y los cambios en las causas de muerte hacen necesario que la enfermera se involucre en mayor medida en los servicios de atención al cuidado al final de la vida. Sin embargo, los enfermos terminales y sus familias transmiten todavía insatisfacción ante este hecho. Existen varios factores internos y externos, según varias investigaciones dirigidas por Pendry (255) y Wallerstedt (256), que influyen en este sentido como son, el horario laboral, la organización del trabajo, el apoyo y cooperación del equipo de cuidados, el reconocimiento

de la autonomía profesional, la disponibilidad de recursos materiales, el desarrollo de la empatía y comprensión en la relación con el enfermo y su familia, y la disponibilidad de una formación continuada en cuidados paliativos (257).

Así mismo, en cuanto al abordaje de las cuestiones profesionales que surgen al desarrollar un programa de cuidados al final de la vida, nos enfrentamos, según palabras de González Carrasco (258), a que la actitud personal está influenciada por los hábitos y conductas generados particularmente, y la aptitud, está determinada por el nivel de formación que se consigue desarrollar en un área de cuidados propia. Esta circunstancia, está vinculada con las respuestas a unas expectativas (internas y externas) que se nos plantean al planificar un proceso de atención de enfermería. Por un lado, las expectativas externas son aquellas que conforman las normas de funcionamiento (como está protocolizado un cuidado, por ejemplo), y las internas dependen de la motivación individual para alcanzar un equilibrio entre ambas (259). Así pues, el crecimiento personal y la construcción de capacidades emotivas que regulan de forma adecuada la ansiedad que se produce ante el cuidado de pacientes en fin de vida, de acuerdo a la investigación de Nia *et al* (118), fomenta la creación de estrategias de afrontamiento auto-adaptativas, que evitan al mismo tiempo la aparición de estresores en los profesionales de enfermería. Favorecidos por el desarrollo de un entrenamiento y formación adecuados, la revisión de Wilson *et al.* (260), propone que los profesionales de enfermería necesitan de programas de aprendizaje con los que aplicar unas actitudes hacia la muerte y estrategias de afrontamiento adecuadas, además de adquirir conocimientos con los que gestionar apropiadamente los recursos que se disponen en el proceso de muerte.

En cuanto a las competencias curriculares de enfermería, específicas dentro del área de los cuidados paliativos y de fin de vida, podemos argumentar que, el desarrollo de éstas mejora notablemente tanto la satisfacción personal y profesional, como el cuidado holístico proporcionado hacia el paciente y su familia (234) (261). De este modo, según Cheong *et al.* (262), un mayor impulso en la educación multimodal es útil para que el personal de enfermería desarrolle modelos interpretativos relacionados con el afrontamiento de la muerte, y con la atención a los pacientes moribundos, que estén basados en el desarrollo de actitudes neutrales, que favorezcan en mayor medida una mayor comunicación y proceso de dialogo, tanto en el plano personal como en el asistencial. El afrontamiento, de acuerdo con Arias-Rojas y García-Vivar (263), va a

depender entonces de realizar una reflexión vivencial apropiada con respecto a la vida y la muerte, así como de la elaboración de conocimientos y habilidades que forjen relaciones sinceras con el paciente y su familia. A pesar de ello, los cuidados paliativos no están universalmente reconocidos. Las encuestas sugieren que el público en general tiene una falta de conocimiento y percepciones negativas hacia el cuidado paliativo. Según McIlfatrick *et al.* (264), las principales barreras para sensibilizar el fomento de los cuidados al final de la vida son, el miedo a la muerte, la falta de interacción con los servicios de salud y una percepción de escasez de estos recursos por parte de los usuarios. Investigadores europeos sugieren que este desconocimiento y reconocimiento de los cuidados paliativos entre los miembros del público en general, es un impedimento clave para su desarrollo futuro (265). Es probable, que el envejecimiento de la población conduzca a un incremento en la demanda de atención de salud y apoyo social, e incremente las necesidades tanto económicas como materiales, de las personas beneficiarias de ellos (266). El acceso a estos valores desde el punto de vista de la salud pública, de acuerdo con Paul *et al.* (267), propone contemplarlos como conceptos de promoción y educación para la salud comunitaria. El objetivo global en este sentido, requiere de un abordaje conjunto de los profesionales de la salud, las instituciones proveedoras y la administración de los servicios de salud, que responda a las necesidades y preferencias de los pacientes moribundos y sus familias, y aumente la confianza pública en la atención médica proporcionada (268).

6.2 Escala PRAM de actitudes ante la muerte.

Se ha encontrado en la literatura, un número considerable de autores que han empleado la escala PRAM en el ámbito de la enfermería. Algunos de estos estudios se han realizado en el contexto americano, como el de Dunn *et al.* (116), en el contexto turco como el de Cevik *et al.* (269), en el contexto iraní como el de Iranmanesh *et al.* (270) o en el contexto español, como el realizado recientemente por los autores Sáez *et al.* (271).

De acuerdo a las investigaciones de Rooda *y col.* (272), podemos decir que existe una asociación de síntesis entre las actitudes de los profesionales de enfermería ante el cuidado del paciente al final de la vida y las actitudes propias de éstos hacia la muerte. De este modo, según proponen Lange *et al.* (273), al igual que en el presente estudio, aquellas enfermeras que han trabajado más tiempo con pacientes en etapas terminales tienen una actitud más optimista hacia la muerte y hacia el cuidado de pacientes con enfermedad avanzada. Del mismo modo, según varios estudios europeos e internacionales, como el realizado por Peters (120), Gama (117) o Zyga (274), entre otros, además de la experiencia en el trato con pacientes terminales, los profesionales de enfermería encuestados de mayor edad, y con una mayor formación al respecto, presentan una mejor actitud adaptativa hacia la muerte. Con respecto al género, al igual que en otras investigaciones como la de Mercado *et al.* (275), las mujeres muestran una tendencia a mostrar una mayor evitación hacia la muerte frente a los hombres.

Otros autores, se encaminan a investigar las diferentes actitudes hacia la muerte según el contexto donde se proveen los cuidados paliativos. A modo de ejemplo, como se muestra en el estudio de Payne *et al.* (276), las enfermeras de urgencias evitan más pensar en la muerte, y presentan menos aceptación y más miedo hacia ésta, en comparación con las enfermeras que desempeñan su labor en hospicios (contexto más familiarizado con los cuidados paliativos), las cuales están menos expuestas a generar ansiedad ante la muerte. Por otro lado, según la tesis realizada por Sáez Álvarez (277) en estudiantes de enfermería, aquellas actitudes positivas hacia la muerte pueden funcionar como predictores de bienestar psicológico para el profesional de la salud, y favorecen, además de una mayor resiliencia, unas mejores actitudes de reaceramiento y neutrales hacia la muerte, como las que se observan en el presente estudio. Por contra,

como indica el mismo autor, las actitudes negativas hacia la muerte, generan un malestar psicológico, mayor miedo hacia la muerte, y una mayor actitud de escape hacia ésta.

Si confrontamos los resultados de nuestra investigación con los resultados alcanzados por Talavera Medina (278), en su estudio comparativo realizado entre estudiantes de ciencias de la salud de España y Venezuela, podemos intuir que existe una tendencia similar en las dimensiones de reaceramiento, neutral y de miedo hacia la muerte, según las zonas geográficas señaladas. Por el contrario, es de destacar aquellas diferencias en la puntuación media alcanzada en dicho estudio, tanto en las dimensiones de evitación, como de escape, siendo considerablemente menores y mayores respectivamente, como muestra la tabla 145.

Tabla 145: Comparación de las dimensiones del PRAM de los distintos estudios propuestos.		
M (Dt) (GLOBAL)	Estudio Navarra y Valdivia	Estudio Madrid y Venezuela
Miedo	3.45(1.3)	3,60 (1.29)
Evitación	2.91(1.5)	3,52 (1.54)
Escape	3.69(1.4)	2,84 (1.45)
Reaceramiento	4.11(1.6)	4,35 (1.41)
Neutral	5.77(0.7)	5,54 (1.03)

En este caso, cabe remarcar la tendencia a presentar esta ambivalencia en las actitudes ante la muerte, donde se experimentan emociones y sentimientos por un lado de tranquilidad y alivio, y, por otro lado, de angustia, miedo o tristeza. Estos factores, según señalan Martínez y Salazar (279), vienen determinados por la experiencia profesional previa, por el colectivo sanitario al que se pertenece, o incluso por la formación anterior que se ha recibido en cuidados paliativos.

Podemos determinar por ello, que esta postura dicotómica, afecta tanto a las dimensiones personal y familiar, como a la académica y laboral. Al igual que en otras investigaciones que han empleado la escala PRAM, como la realizada en el contexto portugués por Gama y col (117), se han observado coincidencias entre las dos muestras de Navarra y de Valdivia, al presentar ambas una mayor actitud neutral hacia la

muerte conforme más edad, además de una mayor actitud de reaceramiento al profesar una religión, y una mayor actitud de miedo ante la autopercepción de un escaso manejo técnico en las cuestiones del final de la vida. Estos resultados, donde prevalecen las actitudes positivas y neutrales, frente a otras posturas más negativas y temerosas, las cuales aparecen ante una situación estresante, se repiten en los estudios realizados por Cardoso *et al* (280), en enfermeras que atendían a pacientes con COVID-19 (con un alto índice de incertidumbre y mortalidad).

En la asistencia a los cuidados espirituales en los que se tienen en cuenta aspectos como la compasión, las creencias y el perdón, en palabras de Lutz *et al* (281), aquellos enfermeros que aportan una comunicación abierta frente a este hecho, adoptan de manera más abierta, o bien una perspectiva religiosa-humanista de reaceramiento, o bien una actitud más psicológica, con un marcado componente biológico-neutral. En cambio, según dicho autor, si los profesionales de enfermería no son capaces de desarrollar una adecuada comunicación sobre estos aspectos trascendentales en su conjunto, es posible que enmascaren comportamientos de mayor miedo y de evitación hacia la muerte, pudiendo provocar un distrés espiritual en ellos mismos, y una consecuente falta de fomento de desarrollo de identidad en el paciente, durante sus últimos días. Del mismo modo, corrobora este aspecto, el estudio de Tüzer *et al* (282), que evidencia la tendencia a una mayor evitación de los estudiantes de enfermería, cuando se enfrentan a situaciones que tienen que ver con los cuidados espirituales del individuo moribundo, fundamentalmente por no sentirse competentes al respecto.

Si nos centramos en la experiencia de asistir a ritos funerarios como práctica inserta en la dinámica cultural de cada región, podemos argumentar que los enfermeros del presente estudio que no practicaron dichas costumbres en su infancia tienden a desarrollar posturas de mayor evitación hacia la muerte. A pesar de no ser común entre los profesionales de la salud atender a las ceremonias de los pacientes fallecidos, sobre todo entre los que opinan que ello es rozar la barrera de lo personal, un estudio realizado por Zambrano *et al.* (283) en el contexto español, demuestra que esta práctica, puede suponer una necesidad real que favorezca tanto el duelo personal como el grupal. Como evidencian los autores del estudio, esta práctica en sí misma, puede favorecer la expresión de los sentimientos elaborados, en relación a las pérdidas vividas. Llegados a este punto, cabe señalar que según indican Barreto *et al* (284), algunos de los factores de riesgo

identificados en la aparición de duelo complicado, son los relacionados con la edad del doliente, el tipo de relación con el fallecido, las circunstancias de la muerte, un bajo apoyo social o incluso la presencia de duelos previos no resueltos. Como factores protectores, los mismos autores destacan la resiliencia, como la habilidad individual para superar una adversidad, o bien, la capacidad de expresar un sentido de espiritualidad (sentido de la vida) y de pertenencia seguros, relacionados ambos con la capacidad de estima. Además, una actitud adecuada hacia la muerte en este contexto, de acuerdo con Reid (285), dependerá de realizar una reflexión vivencial apropiada con respecto a la vida y la muerte, así como de la construcción de conocimientos y habilidades que confluyan en relaciones sinceras tanto con el paciente como con la familia del moribundo.

En el presente estudio no se han encontrado diferencias significativas en las actitudes hacia la muerte según el lugar de trabajo, pero sí una tendencia significativa entre los enfermeros de Valdivia que desempeñan su labor en el ámbito ambulatorio, los cuales presentaron una mayor actitud neutral-biológica y conformista hacia la muerte. Dentro del ámbito hospitalario, algunos estudios como el realizado por Cáceres *et al* (286), entre enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de la región de Bucaramanga (Colombia), demuestran posturas de mayor reaceramiento, esto es, de creencia en una vida feliz después de la muerte. Según Hermisilla *et al* (287), estos hechos, facilitan el desarrollo de una relación terapéutica, a la vez que técnica, y también más humana, donde la formación al cuidador principal y la comunicación eficaz, tanto en línea como presencial, son herramientas que suponen una mejora en el acompañamiento al paciente terminal, y promueven por ello un mayor sentido de vida.

Además de tener que reconocer el ámbito de atención en CP y sus diferencias, es necesario indagar sobre los niveles de percepción en el manejo técnico y emocional en esta área. Como muestran en su estudio Luo *et al* (288), los conocimientos sobre CP están negativamente correlacionados con las actitudes de miedo, evitación y escape, y positivamente correlacionados con las actitudes neutrales hacia la muerte, como ocurre en nuestro estudio. En este sentido, según Contreras *et al.* (289), en línea con una mejor atención de calidad asistencial, los programas de formación en cuidados paliativos y de atención al final de la vida, han de favorecer e incrementar los niveles de coordinación intersectorial y multidisciplinar, y promover unas actitudes más prácticas y enriquecedoras hacia la muerte.

6.3 Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (BAM).

En el estudio sobre el afrontamiento de la muerte, encontramos en la bibliografía la escala de Bugen (BAM) (290) (1990-91). El autor, inicialmente diseñó la escala para valorar las competencias prácticas de voluntarios que trabajaban en Hospicios (Hospices en inglés). Su uso se ha extendido a otros colectivos profesionales, y en el contexto español ha sido empleada por los autores Schmidt-Rio Valle (211) (291), Galiana (212), y Pérez de la Cruz (292), entre otros. Este instrumento, analiza los aspectos relacionados con la planificación del funeral, la comunicación en el final de la vida, y pensamientos sobre la propia muerte o la muerte de seres queridos. Además, según proponen en su investigación Forte y Rodrigues (214), el empleo de esta escala sirve para evaluar el nivel de competencias adquirido, tras un periodo de formación en cuidados paliativos (215).

El empleo de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte en el contexto de la enfermería, resalta la importancia de explorar las competencias de cuidados paliativos en base a diferentes variables sociodemográficas y culturales. Se ha encontrado que, al igual que en las investigaciones de Neimeyer sobre el concepto de muerte (15), los elementos que más puntuaron entre los enfermeros de Navarra y de Valdivia, en relación con el afrontamiento de ésta, fueron aquellos relacionados con los aspectos emocionales, con la perspectiva de la vida ante la muerte y con las habilidades de comunicación, principalmente.

La construcción personal sobre el concepto de muerte influye en la prestación de los cuidados al final de la vida. Ello se refleja, como indican Meier *et al* (293), en la habilidad para controlar el dolor y los síntomas, la prestación de confort y bienestar emocional, la consideración de la dignidad y la espiritualidad para el cuidado de la persona terminal, y el apoyo familiar para la toma de decisiones éticas al final de la vida. Del mismo modo, de acuerdo con Marilaf Carolas *et al* (294), las principales diferencias que se encuentran en la gestión emocional ante la muerte en sí misma están motivadas por el empleo de una comunicación empática durante el proceso de atención y duelo por parte del colectivo de enfermería.

Al igual que acontece en la presente investigación, estudios como el conducido por Ayça y Öz (295), demuestran que la edad, la experiencia profesional, los antecedentes de pérdida y duelo, la participación en

rituales religiosos y la autopercepción favorable en la capacidad y manejo de los cuidados paliativos, fueron indicadores de un mejor afrontamiento de la muerte por parte de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, el hecho de asistir a funerales en la infancia, coincidiendo con el estudio de Wong y Tomer (296), también influye en el desarrollo de competencias emocionales, esenciales para el afrontamiento del fin de vida. En esta misma línea, el estudio de Feldman y otros (297), sugiere que profesar una religión facilita el duelo ante la pérdida de un ser querido, y promueve la aceptación y el afrontamiento de la muerte. Es interesante insistir en algunos aspectos que mejorarían de forma considerable, la comunicación y el afrontamiento adecuados hacia la muerte, en la práctica clínica, como indican Lledó-Morera y Bosch-Alcaráz (298), sobre todo en relación con el lugar de trabajo, y especialmente en lo que concierne a los cuidados paliativos pediátricos, desarrollados tanto en unidades especiales de UCI, de neonatos, o incluso en el ámbito de los cuidados domiciliarios y ambulatorios. Según señalan al respecto Furingstein *et al.* (299), no son sólo necesarios la alta tecnología y los últimos avances, para cubrir las demandas de atención en cuidados paliativos (también pediátricos), sino que hay que reconocer que la presencia y la actitud proactiva por parte de los profesionales de enfermería, resuelven mejor el sufrimiento espiritual tanto del paciente como de su familia. En este sentido, el empleo de preguntas abiertas y recursos literarios que promuevan la autorreflexión sobre la muerte, en palabras de Arruda-Colli (300) y Skulason (301) entre otros, mejoran el compromiso y la relación de afrontamiento ante estas situaciones, tanto en los profesionales de la salud, así como en los propios pacientes terminales.

Considerando el estudio de Schmidt-Rio Valle *et al.* (291), realizado en el contexto hispano-cubano, valores inferiores al percentil 50, indican un afrontamiento inadecuado frente a la muerte, y valores superiores al percentil 75, un afrontamiento óptimo. Por otro lado, el estudio de Marchán Espinosa (302), indica que aquellos sujetos que puntúan por debajo del percentil 33 presentan un mal afrontamiento hacia la muerte, mientras que por encima del percentil 66, coincidiendo con aquellos valores de afrontamiento neutro definidos por un percentil próximo a 50, se corresponde a un buen afrontamiento.

En comparación con otros estudios, la muestra de enfermeros de Navarra obtuvo 10 puntos más en la puntuación total de la escala BAM, frente al estudio realizado por Salvador (209), en una muestra de enfermeros de oncología, hematología y cuidados paliativos de Valencia y Madrid, y 11 puntos por encima

del obtenido por Marchán (302), con enfermeras de oncología y cuidados paliativos de diversos centros de la comunidad de Madrid. En cambio, los resultados obtenidos por Galiana (212), en profesionales de cuidados paliativos de toda España, fueron netamente superiores con respecto las de nuestro estudio ($161,99 \pm Dt25.5$). Las diferencias de estos estudios se reflejan en la tabla 146.

Tabla 146. Descriptivos de la escala BAM según diferentes estudios realizados en profesionales de enfermería.					
Estudios BAM		M	Dt	N	α Cronbach
Schmidt (2007)		120,00	22,21	916	0,894
Borrel (2010)		127,00	-	38	0,859
Marchán (2016)		129,33	24,55	45	-
Galiana (2015)		161,99	25,50	363	0,890
Estudio propio	Navarra	138,79	23,91	325	0,893
	Valdivia	144,52	26,11	114	0,897

De este modo, podemos argumentar, que la formación específica en cuidados paliativos de acuerdo con Salvador (209), aporta mayor autoeficacia en el desempeño del rol enfermero en CP y al final de la vida, entendido éste en términos de competencia y saber hacer.

No se han encontrado estudios anteriores que emplearan la escala BAM en enfermeras de Chile. Sin embargo, el estudio de Espinoza-Venegas *et al.* (111), realizado en enfermeras de la región del Bio Bio, mostró una correlación positiva de actitudes ante la muerte conforme más edad, mayor experiencia profesional, y mejor auto percepción del control emocional en estas circunstancias.

Con respecto al estudio del tema que nos concierne en muestras de población de diferente origen geográfico y cultural, la investigación realizada por Pérez de la Cruz (303) en estudiantes de ciencias de la salud de España y Bolivia, demuestra que no existen diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento hacia la muerte de los participantes del estudio. En contraposición, la presente investigación determina que los enfermeros de Valdivia, además de afrontar de manera más positiva la muerte y su

proceso con respecto a los enfermeros de Navarra, presentan además un menor conflicto en el afrontamiento de la propia muerte, lo que les otorga mejores niveles de ajuste y adaptación para el desarrollo de situaciones ligadas al contexto de fin de vida (304).

La provisión de los cuidados paliativos es variable, en función de los recursos materiales y humanos de cada entorno geográfico. En España y también en Chile, se han desarrollado de forma preliminar, programas de cuidados paliativos integrados por equipos de apoyo domiciliario, hospitalario y socio sanitario (105) (103). El Sistema Nacional de Salud en España en 2015, anunció una progresiva mejora en el acceso a los servicios de cuidados paliativos y una menor variabilidad en la atención prestada entre comunidades (305). En esta misma línea de acción, en España, se han instaurado distintos programas estratégicamente localizados y compuestos por equipos de soporte domiciliario y equipos de soporte hospitalario (unidades de cuidados paliativos en hospitales generales y en centros socio sanitarios) (306). Estos programas proponen el incremento de los esfuerzos en la mejora de los cuidados paliativos pediátricos, el desarrollo de la telemedicina para promover su continuidad, la mejora de la calidad en la sedación paliativa, el uso de la musicoterapia como intervención complementaria, o incluso un mayor despliegue en la información para el abordaje del testamento vital y las últimas voluntades, propios del derecho de los pacientes, a una atención de calidad al final de sus días (305).

Es de reseñar que, la formación en cuidados paliativos en el Grado de Enfermería en las universidades españolas, si bien adecuado a los planes de educativos, no es uniforme. Además, parece existir una disminución de su contenido en los últimos años, al ser compartido con otras asignaturas. Por otro lado, la oferta formativa a nivel de máster tiende a impartirse de manera multidisciplinar (307).

Así mismo, en Chile, los programas nacionales de alivio del dolor y cuidados paliativos se implementan desde una perspectiva integral de manejo de síntomas y apoyo psicosocial, tanto en hospitales y en los domicilios, como en los hospicios habilitados para ello (308). El compromiso y la vocación de los enfermeros en Chile con respecto a los cuidados al final de la vida, de acuerdo con Contreras y Sanhueza (289), es manifestado por la relación con su significado y carga emocional percibidos, así como con el manejo de los síntomas y su implicación en competencias espirituales. Según el estudio de Cuevas *et al.* (309), en Chile, existe formación específica en cuidados paliativos de enfermería, obligatoria en la mayoría de las

universidades de este país, y cuando menos, como parte de una asignatura de otra especialidad, o también, como recurso online disponible a nivel de postgrado.

En este sentido, es muy importante recalcar que, tanto en España como en Chile, existe una gran colaboración de las diferentes asociaciones de cuidados paliativos, en la difusión y defensa de éstos. Entre ellos encontramos la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la Asociación española de enfermería de cuidados paliativos (AECPAL) (310) y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) (311) respectivamente.

6.4 Escala de FATCOD-B de aptitudes ante el cuidado del paciente terminal.

La enfermería en cuidados paliativos desarrolla su actividad en un contexto enmarcado en el cuidado de los pacientes y sus familias, donde la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte. Junto con el resto del equipo, los profesionales de enfermería deben esforzarse en aliviar los síntomas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir en favorecer la comunicación paciente-familia-equipo, y colaborar con los diferentes recursos humanos potencialmente implicados (312). El objetivo de esta labor es, en palabras de Cicely Saunders (313), dar el “*cuidado preciso para el paciente preciso y en el momento preciso*”. A pesar de desarrollarse una satisfacción adecuada entre los profesionales de la salud al ofrecer cuidados al paciente terminal, según indican Carey *et al* (314), existen algunos aspectos a mejorar como son la gestión de las emociones (ansiedad, angustia), acometer de mejor manera el cuidado personal del individuo (higiene y confort), considerar un mayor número de veces el acompañamiento a la familia, o incluso mejorar los aspectos sobre la comunicación del diagnóstico y la toma de decisiones clínicas.

Por ello, los profesionales de enfermería sienten la responsabilidad de identificarse social y profesionalmente, como una figura que brinda un cuidado al final de la vida a través de funciones como servir, ayudar, acompañar, apoyar, abogar, educar y realizar el rol de vicario (que realice por ejemplo un seguimiento de los familiares, tras el fallecimiento del ser querido). Además, es notable la representación que conforma este papel con respecto a los procesos del morir, desde su implicación personal y en base a una perspectiva humanizadora (315).

Se puede argumentar, como indican Montagnini *et al.* (316), que entorno a la importancia de las competencias en cuidados al final de la vida, una de las más valoradas entre los profesionales de la salud es entre otras, el manejo de las emociones. Por otro lado, un profesional de enfermería debe saber fomentar las decisiones sobre el proceso de enfermedad y muerte y, según indican Albers *et al.*, (162) en su investigación, el ambiente de trabajo y el nivel de educación son factores determinantes que aumentan la capacidad de participación de las enfermeras en este sentido.

En considerables ocasiones los profesionales de la salud prefieren no afrontar la atención de pacientes en estado terminal, y evitan estar en contacto con dichas situaciones por temor a no poder

abordarlas, o también debido a una falta de recursos personales y habilidades de comunicación al respecto. Estudios recientes como el de Dobrowolska *et al.*, (317) indican que los pacientes prefieren, al inicio del diagnóstico de su enfermedad, tener una conversación abierta y honesta con su médico sobre las alternativas de cuidados al final de su vida, y sienten, mayor satisfacción, después de tener esta conversación. Por así decirlo, la etapa de transición, en ese caso, es más adaptativa cuando los pacientes en estado terminal reciben información sobre las alternativas en cuidados paliativos.

En la literatura consultada, encontramos investigaciones como la de Morita (166) o la de Watson (167) entre otras, que han utilizado la escala de K. Frommelt para evaluar las competencias de enfermería en el cuidado del paciente con enfermedad terminal y a su familia. Un ejemplo de ello es el estudio realizado en el contexto español por Edo-Gual *et al.* (168), que determina que los estudiantes de enfermería con experiencias previas de muerte, y los que han recibido formación en cuidados paliativos, obtienen una mejor puntuación en la escala. Por otro lado, otras averiguaciones como la conducida por Henoch *et al.*, (169) en el contexto sueco, han descrito al igual que sucede en nuestro estudio, que, aquellas enfermeras de mayor edad, y que pasan más tiempo con personas moribundas, presentan una mejor actitud hacia su cuidado. Además de estos factores que venimos señalando, según remarcan Hagelin *et al.* (318), es necesario tener en cuenta otros aspectos como el lugar de residencia, por ejemplo, al examinar las actitudes de los cuidados de enfermería al final de la vida, puesto que aquellos profesionales de enfermería que provienen de un entorno urbano poseen mejores aptitudes para el cuidado de pacientes en fin de vida. En nuestro estudio no se han encontrado tales diferencias.

Por otro lado, la cultura y la religión juegan un papel importante en el desarrollo del concepto de muerte y su manejo emocional. De acuerdo con Liping *et al.* (319), es importante adquirir capacidades relacionadas con la religiosidad (y sus costumbres de acuerdo con cada religión), o haber tenido experiencias previas de muerte, para facilitar una atención sanitaria adecuada del paciente paliativo y sus familiares. Del mismo modo, según Garrino *et al.* (320), una correcta percepción personal hacia la muerte del paciente lleva al profesional de la salud a conmemorar pérdidas personales pasadas, y favorece del igual modo el desarrollo de estrategias de afrontamiento más empáticas, relacionadas con la gestión de su propio sufrimiento

espiritual. De este modo, así como indican Draper *et al.* (321), la participación en ritos funerarios, según las creencias culturales, y la posibilidad de despedirse, o de recordar a las personas que murieron, en un entorno natural, contribuye a un mayor crecimiento personal, que da sentido y profundiza en la reflexión sobre la pérdida de un ser querido (en cualquier caso, el paciente). Así lo corrobora también la investigación realizada por García-Navarro *et al.* (322), en estudiantes de enfermería, donde se enfatiza que, a pesar de recibir una formación especializada en cuidados paliativos y al final de la vida, tener en cuenta la cultura, la religión y la vocación de los profesionales, son aspectos clave que favorecen tanto el sentimiento de dignidad del difunto, así como una adecuada conciencia frente a la muerte y su proceso.

Así mismo, en cuanto a las competencias relacionadas con el empleo de opioides, hay que tener en cuenta dentro del contexto de los cuidados paliativos, que su uso aumenta en un 60-80% durante los últimos 5 meses de vida, como se destaca de los resultados obtenidos a nivel europeo por Paque *et al.* (323). Por ello al incidir en el aprendizaje de los profesionales de enfermería sobre el manejo de los opioides y sus consecuencias en la etapa final de la vida, como indican Álvarez *et al.* (324), siempre debemos tener en cuenta la posibilidad de una mortalidad temprana asociada a un uso inadecuado, principalmente debido a los efectos secundarios que éstos pueden causar. De cualquier modo, tanto una correcta formación y asesoramiento al respecto, como su monitorización, son esenciales para su utilización, según las últimas recomendaciones propuestas (325).

Igualmente, un estudio reciente realizado por White *et al.* (326), a través de una entrevista semiestructurada en enfermeras de UCI, ha demostrado que, la reflexión profesional y el codesarrollo conjunto, reducen el estrés y mejoran las habilidades de quienes brindan cuidados a pacientes con enfermedades terminales. En este caso, según indica el autor, el liderazgo es una herramienta importante para promover aptitudes que mejoren la calidad de los cuidados paliativos, especialmente entre los profesionales de enfermería de primer nivel. En este caso, según propone Secomb (327), la enseñanza y el aprendizaje entre pares puede ser una intervención educativa eficaz para los estudiantes de ciencias de la salud. Además, los talleres de formación que utilizan estudios de casos basados en episodios relacionados con cuidados al final de la vida, de acuerdo con Bailey y Hewison (218), pueden proporcionar una oportunidad

de aprendizaje eficaz que mejore significativamente las aptitudes de los estudiantes de enfermería para el cuidado de los moribundos.

De este modo, es interesante señalar como Agramante y Leiva (328) concluyen, que la influencia del pensamiento filosófico humanista en el modo de actuar profesional enfermero se materializa al considerar que la calidad en la formación del profesional de enfermería, no depende exclusivamente de los conocimientos y habilidades intelectuales y de los hábitos profesionales contemplados en el currículo universitario, sino que depende además de sus motivaciones, de los intereses personales y colectivos, así como del sistema de valores que regulan su ética profesional. Así lo demuestra el estudio multicéntrico realizado por Pérez de la Cruz *et al.* (329) en estudiantes de enfermería, donde se destaca que, las cualidades humanas de los estudiantes y su mejor aptitud por aprender cuidados al final de la vida predisponen para su futuro desarrollo profesional en este ámbito. Además, como se evidencia en el estudio realizado por Kirkpatrick *et al.* (330), la educación universitaria es importante en la adquisición de habilidades de enfermería en atención al final de la vida; y coincide de este modo con el presente estudio, donde se refleja un mayor autoconcepto de competencias técnicas, entre aquellos que han recibido mayor carga lectiva a nivel de grado como es el caso de los enfermeros chilenos.

Aunque los resultados obtenidos por los grupos participantes de Navarra y de Valdivia son favorables con respecto a la atención del paciente terminal, la puntuación total de la escala FATCOD-B, es significativamente menor que la obtenida en otros estudios como el realizado por Leombruni en Italia (217), el conducido por Henocho en Suecia (169), o el elaborado por Espinoza-Venegas en Chile (111) (tabla 147). Esto justifica la necesidad de llevar a cabo intervenciones educativas de mejora de la capacitación de habilidades del cuidado en fin de vida en ambas localizaciones geográficas (167).

Tabla 147. Diferencias de los resultados de la escala FATCOD-B, según varios estudios.		
Hench (Suecia)		Me 126.3 (Dt 5.9)
Espinoza-Venegas (Chile)		Me 124.23 (Dt 10.2)
Leombruni (Italia)		Me 115.2 (Dt 7.86)
Presente estudio	Navarra	Me 96.87 (Dt 12.25)
	Valdivia	Me 101.8 (Dt 12.43)

Incluso, al igual de lo que sucede en nuestro estudio, según muestra el estudio realizado por Ferri *et al.* (331), con estudiantes de enfermería de España, Italia y Reino Unido, el lugar de origen no muestra diferencias significativas según el sexo, la edad, las creencias religiosas, el nivel de formación en cuidados paliativos o las experiencias vividas ante el cuidado de pacientes en situación terminal. Únicamente se han encontrado diferencias para la edad y el lugar de trabajo entre los profesionales de enfermería de Valdivia.

En este sentido, como eje que vertebra las competencias necesarias para las estructuras de los servicios sociales y de salud, entra en juego el fomento de las prácticas basadas en la evidencia, en relación con las habilidades que mejoran la calidad del cuidado enfermero. La transferencia del conocimiento en el ámbito sanitario no va ligada únicamente a la experiencia práctica que como profesionales sanitarios podemos alcanzar a lo largo de los años, sino que se complementa y es de mayor calidad, según la investigación realizada por González Torrente *et al.* (332), si va acompañada de evidencia científica y de estudios que avalan su buena práctica. Actualmente, tanto las enfermedades crónicas como las oncológicas precisan de una atención adecuada en cuidados paliativos. Pongamos como ejemplo, el grupo de familiares y cuidadores cuyo ser querido sufre una enfermedad terminal y padece demencia. Éste se presenta como aquel que desarrolla menos ansiedad ante su muerte, con respecto a otras patologías (333). Al contrario de lo que se podría pensar, como indica Bracegirdle (334), este tipo de pacientes es considerado más vulnerable por los equipos de salud, por presentar una mayor dificultad en cuanto al manejo de síntomas, debido a lo limitado de las comunicaciones con el paciente, así como porque se genera una mayor responsabilidad en la toma de decisiones por parte de los familiares, sobre todo en el ámbito domiciliario.

Por todo ello, como se evidencia en nuestro estudio, es necesaria una formación continuada en competencias de enfermería hacia la muerte en diferentes contextos, desde los cuidados ambulatorios abordados en el domicilio, hasta los más especializados realizados en el entorno hospitalario. Algunas estrategias de formación, como indican Pesut *et al.* (335), se complementan con el desarrollo de habilidades curriculares dentro del equipo multidisciplinar, mediante la simulación de casos clínicos relacionados con cuidados paliativos. Lo que sí es recomendable, es no perder la calidad docente en relación con la formación de los cuidados paliativos y con el afrontamiento de la muerte, tanto en enfermería, como en otras profesiones de ciencias de la salud (medicina, fisioterapia, etc.) como menciona Pérez de la Cruz (213) en su reciente estudio.

6.5 Escala S-PCB de creencias religiosas.

La religión ocupa una importante función social dentro de los países secularizados (180). Así mismo, esta circunstancia, está considerada un aspecto íntimo y privado dentro de la vida de un individuo (336). Según el modelo de creencias propuesto por Wulff (225) en 1997, considerado un referente en la psicología de la religión, la actitud de religiosidad como tal, puede medirse desde un enfoque cognitivo, caracterizado por los parámetros Inclusión vs. Exclusión de la Trascendencia y por los términos Simbolismo vs. Literalidad. Según la literatura, Kovács (337) empleó la escala PCB en un grupo de monjas húngaras que ejercían de enfermeras, con una antigüedad de al menos 5 años. Los resultados evidenciaron que su enfrentamiento religioso-espiritual hacia la muerte, proporcionó mayor protección frente al estrés y el burnout.

Por otro lado, un estudio realizado por Dezutter (199) en población civil belga, determinó la relación entre las actitudes hacia la muerte a través del PRAM y las preferencias religiosas según la escala S-PCB. Según dicha investigación, al igual que se observa en el presente estudio, las personas religiosas tienden a desarrollar mayor actitud de reaceramiento y a pensar en una vida después de la muerte, frente a los individuos más literales u ortodoxos con los dogmas de la iglesia católica, los cuales muestran más miedo, y una postura más defensiva (evitativa) al respecto.

El trasfondo que tiene la cultura en los rituales simbólicos y religiosos ligados a la muerte y su proceso es tolerado y respetado en la práctica clínica de enfermería de forma general, pero a veces su entendimiento supone un conflicto personal que va a depender, según Lopera y Arias (338) de varios factores. En primer lugar, hay que considerar el contexto social y laboral donde se brinden los cuidados paliativos, y también las propias creencias religiosas que puedan influir en éstos. Por otro lado, la formación y las experiencias vividas por el profesional de enfermería a través de ritos espirituales, así como la información que éste pueda tener sobre las costumbres religiosas del propio paciente, o bien sobre las convicciones morales que pueda imponer la familia de éste, son aspectos para tener en cuenta, para favorecer unas mejores actitudes religiosas ligadas al cuidado espiritual propiamente dicho. Conforme a los resultados obtenidos en nuestro estudio, y en línea con lo que venimos argumentando, las posturas religiosas más polarizadas como las actitudes críticas y las ortodoxas son consideradas negativas para favorecer un cuidado centrado en el

paciente terminal y su familia, y aquellas posturas más flexibles y adaptativas, como el relativismo y la segunda ingenuidad, son más favorables para su desarrollo. A pesar de ello, hay que tener en cuenta como indica el estudio de Śliwak *et al.*, (339) en población polaca, que las posturas más relativistas entre las mujeres, como sucede entre las enfermeras de Navarra frente a las de Valdivia, están relacionadas con el desarrollo de una mayor ansiedad encubierta, que provoca mayores dificultades de integración de los cuidados espirituales en la práctica clínica.

Según encontramos en otras referencias bibliográficas, la edad y el género (tanto en hombres como en mujeres en edad adulta) pueden ser un importante referente a la hora de describir la implicación que tiene la religiosidad en las actitudes positivas hacia la vida. En base a ello, algunos estudios de influencia occidental como el elaborado por Schnabel (340), demuestran, al igual que en el presente estudio, que las mujeres tienden a ser más religiosas, pero menos dogmáticas que los hombres, teniendo en cuenta su contexto social y cultural, evidentemente. Por otro lado, el enfoque multidimensional de la escala S-PCB frente a las valoraciones unidimensionales que hasta ahora existían sobre la religión, ha ayudado a aclarar mejor las posturas xenófobas relacionadas con el racismo, la homosexualidad y el ateísmo, entre las personas que se consideran religiosas. Así mismo, un estudio realizado por Zarzycka y Rydz (341), que valora los juicios de valor hacia personas de otra raza, de sexo opuesto, o hacia aquellos que no muestran interés por la religión, demuestra una correlación de actitudes positiva entre aquellos que se declaran más simbólicos ante estos aspectos, y negativa entre los considerados más literales al respecto.

En relación con la tendencia actual a la hora de proporcionar cuidados espirituales en España y en Chile, según el estudio de González Requejo (342), podemos determinar que, en España, se da más importancia, dentro del contexto de los cuidados paliativos, a la valoración fisiológica y social de los pacientes y no tanto a las necesidades trascendentales o de expresión de los valores personales. Puede ello, estar relacionado también con los resultados de nuestro estudio, en los que se produce una mayor tendencia a mostrar unas posturas religiosas de relativismo y crítica externa (cuadrante relacionado con posturas de exclusión de la trascendencia), entre los participantes de Navarra. No cabe duda, que existe un marcado bienestar espiritual en aquellos pacientes que reciben estos cuidados de forma íntima y multidisciplinar, ya que según indica Morillo (185), mejoran la calidad de vida de éstos y la de sus familiares. En este ambiente,

el autor señala que la enfermería juega un papel importante para desarrollar un liderazgo y gestión relacionados con el tema en cuestión.

De acuerdo con la evolución histórica del ejercicio profesional de enfermería en el sur de Chile, ésta ha sido favorecida por la creación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. Este organismo, como indica el estudio de Núñez Carrasco *et al.*, (343) ha logrado por un lado impulsar el desarrollo de la enfermería hospitalaria, y de adaptar la práctica y el saber científico en el campo de la salud según las transformaciones sociopolíticas y económicas del momento. Además, ha encabezado el fomento de la educación para la salud y el autocuidado en el marco de la enfermería moderna, y ha sabido transmitir, la tendencia histórico-cultural de los cuidados de enfermería desarrollados por las órdenes religiosas españolas de la época colonial, en áreas como la administración, la higiene, la alimentación o la asistencia espiritual y moral fundamentalmente. En este sentido, según indican el estudio realizado por Reyes *et al* (344), en Chile, la provisión de los cuidados espirituales en el área de enfermería es limitado, debido fundamentalmente a una falta de definición en su concepto (dolor espiritual, angustia, desesperanza, búsqueda de sentido espiritual, etc., entre otros...) y, a su escasa investigación, desarrollada prevalentemente en el área de los cuidados al final de la vida. Como se indica en el presente estudio, la tendencia de las actitudes religiosas de las enfermeras de Valdivia (frente a las de Navarra), viene marcada por posturas más ortodoxas o de segunda ingenuidad (cuadrante inclusión de la trascendencia), con respecto a las actitudes religiosas de los participantes.

Tomando como referencia "*La muerte de Ivan Ilich*", de Leo Tolstoy (345), que describe muy bien los roles sociales entre el enfermo, la familia y el médico, en la obra se describe cómo en la sociedad de aquella época, la muerte y la enfermedad causaban estigma y aislamiento social. El médico procuraba sólo acertar en el diagnóstico; la familia no podía contentar las necesidades del enfermo y el protagonista, y en ese caso, el paciente, iba siendo cada vez más consciente de su agónico y solitario sufrimiento. Actualmente, en tanto la enfermedad progresa, la falta de salud física puede eclipsar la esfera psicológica, social y existencial del individuo, por ello, tener en cuenta los aspectos psico-sociales y existenciales del individuo, son aspectos importantes de la vida de los pacientes que sufren una enfermedad grave o terminal (187). Así como en el

hospital, en el hogar, o en las instituciones de larga estancia, las enfermeras deben estar involucradas en el cuidado espiritual tanto del paciente como de la familia (182). Una vez salvadas las barreras de comunicación que presentan las enfermeras, a la hora de abordar los cuidados espirituales al final de la vida, de acuerdo con Ortega Galán, y González de Haro (346), debemos admitir que dichos aspectos, tanto desde la perspectiva cultural como religiosa, son un componente esencial y complementario, que mejora el afrontamiento positivo ante la enfermedad y la muerte.

A pesar del beneficio que aportan los cuidados espirituales, tanto para los pacientes, como para los sanitarios, ya que proporcionan un significado y valor añadidos al proceso de muerte y su manejo, existe, sin embargo, según las pesquisas de Nascimento *et al.* (347), cierta dificultad para implementarlos de manera sistemática, principalmente influenciadas por el grado de dificultad en su abordaje, y por la falta de formación al respecto. En este punto, cabe nombrar las reflexiones realizadas por Reimer (348), centradas en los obstáculos para alcanzar el equilibrio entre la espiritualidad y la religión (como significado), la política (como poder normativo) y la práctica de enfermería (como diversidad inclusiva) en las sociedades contemporáneas secularizadas. En este sentido, de acuerdo con Cruz *et al.* (349), para desarrollar adecuadamente los cuidados espirituales, es necesario tener en cuenta, desde el punto de vista organizacional, el clima religioso de la institución, el cual puede estar influenciado, al igual que en nuestro estudio, por el estado civil del individuo, el tipo de religión al que pertenece, o por la vinculación profesional que se posee. Así mismo, hay investigaciones como la de Hernández-García (350), que remarcan que estas posturas, donde se fomenta el desarrollo de los cuidados espirituales, motivan los roles de la enfermera en la práctica clínica avanzada, favoreciendo la compasión y disminuyendo la fatiga emocional, mejorando la satisfacción con respecto a la calidad del cuidado espiritual proporcionado. Del mismo modo, otros autores como Polat (351) y Chiang (352), entre otros, identifican que existe un escaso nivel de estrés y burnout, entre las enfermeras más jóvenes que prestan cuidados espirituales, y recomiendan realizar una evaluación de estos entre el colectivo sanitario periódicamente, así como favorecer su desarrollo dentro de las competencias esenciales del currículum profesional de pregrado y posgrado.

6.6 Limitaciones del estudio.

Se observa un posible sesgo de selección y de información, en el modo en que se han recogido los datos del estudio (por conveniencia), aspectos para tener en cuenta a la hora de generalizar los resultados obtenidos. Además, el tamaño de la muestra es reducido para extrapolar los resultados a nivel global y sólo se realiza en enfermería, excluyendo otros profesionales de la salud. Se recomienda valorar previamente que los resultados obtenidos son a nivel local, si han de realizarse recomendaciones técnicas para mejorar la práctica asistencial en cuidados paliativos.

Igualmente, a pesar de que ambos países son de habla hispana, hemos de remarcar la posibilidad de producirse sesgos en el empleo de las escalas del presente estudio (PRAM, BAM, FATCOD-B y S-PCB), ya que, éstas han sido validadas hasta la fecha, únicamente en castellano, en el contexto español y no así en el contexto chileno. Por otro lado, el cuestionario de Bugen fue diseñado para medir las competencias de afrontamiento en personal de cuidados paliativos y hospicios, por lo que hay que tenerlo en cuenta, al introducirlo en otros contextos, tanto sanitarios como no sanitarios.

Así mismo, la muestra recogida de dos poblaciones de dos zonas geográficamente diversas implica que los hallazgos encontrados sean tenidos en cuenta según los aspectos culturales y sociodemográficos específicos de cada población. Además, en la significación encontrada según las variables estudiadas teniendo en cuenta el sexo, hay que tener en cuenta la diferencia en número de participantes, ya que no es del todo equitativa, siendo el colectivo femenino más prevalente en esta profesión.

6.7 Implicaciones prácticas y proyección de futuro.

Presentamos este proyecto con la intención de indagar sobre qué tendencias se dan en los profesionales de enfermería en relación con las actitudes, aptitudes y creencias sobre los cuidados al final de la vida, enmarcados dentro de un determinado contexto cultural y social. Proponemos continuar el estudio de las conductas y emociones de enfermería al final de la vida como parte de la mejora continua de los

cuidados que se han de aplicar en la práctica diaria, y como parte de los programas de formación adaptados para ello.

Es responsabilidad de la enfermera, el cuidado de su paciente de manera continuada, lo cual comienza desde el momento del diagnóstico y se prolonga durante todo el curso de la enfermedad. Además de un cuidado adecuado, esto incluye, un control de los síntomas, un apoyo psicológico y la coordinación de servicios para proporcionar la continuidad del cuidado y apoyo a la familia, durante todas las fases de la atención, incluida la última fase de vida. Por otro lado, es muy importante que el profesional de enfermería en su introspección personal conozca y valore sus sentimientos, emociones y temores ante la muerte, y que posea una adecuada preparación técnica con la que pueda afrontar el cuidado de personas en estas circunstancias.

La enfermería como definición abarca la atención, autónoma y en colaboración, de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias para promover la salud, prevenir las enfermedades y atender a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Como recomendaciones ligadas al campo de estudio de la presente investigación, proponemos que las enfermeras deben desarrollar la competencia de poder proporcionar unos consejos muy claros sobre el cuidado terminal a la familia del afectado. También las enfermeras deben comprender que la enfermedad terminal tiene una influencia fuerte sobre la autoimagen y la sexualidad del individuo, así como en la dificultad de su manejo, ya que puede derivar en una disfunción, debido a los múltiples factores incluidos en la misma enfermedad, los tratamientos recibidos o las consecuencias psicológicas que resultan de su afrontamiento.

En ese caso en gran medida, las enfermeras deberían estar familiarizadas con las indicaciones de medicamentos usados para el delirio, la ansiedad y la depresión. Por otro lado, las enfermeras deberían tener un conocimiento sobre el proceso del duelo, ya que un duelo mal tolerado puede resultar patológico y perjudicial para la persona que lo vive. Además, las enfermeras tienen que desarrollar una autoconciencia sobre los efectos de su trabajo en sus propias emociones y vida personal, y deberían recibir una instrucción adecuada y consejos, para poder desarrollar mecanismos de afrontamiento saludables y capacidad para resolver dichos problemas. Así mismo, las enfermeras deben dominar técnicas de comunicación para

relacionarse con los pacientes y sus familiares en fase de enfermedad terminal, tanto en el ámbito de adultos como de pediatría. Y deben recibir formación y entrenamiento para el manejo y la toma de decisiones, comunicación de malas noticias y discusión del pronóstico, así como de los objetivos de los cuidados que se han planificado aplicar. En consonancia con estos aspectos, las enfermeras deben entender los principios legales y éticos que guían los límites de los cuidados terminales, incluidos las decisiones sobre ingresos, el mantenimiento o retirada de los tratamientos vitales y más recientemente sobre la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido en los países donde estas prácticas están legalizadas, y también mostrar los estándares más altos de profesionalismo u humanismo en el cuidado de los pacientes terminales y sus familias. Finalmente, las enfermeras deben saber discutir un plan de cuidados avanzados multidisciplinar, para la fase terminal, y de trabajar con otros profesionales de la salud implicados.

Este estudio de corte cuantitativo es una primera aproximación para enmarcar las diferencias entre las actitudes, aptitudes y creencias, que muestran dos grupos de enfermeros, de contextos sociodemográficos y culturales diversos. Es necesario profundizar esta investigación mediante enfoques cualitativos que exploren la perspectiva científico cultural del tema en cuestión, y enriquezcan la adquisición de conocimientos en este sentido. Los datos aportados pueden ser útiles para, además de motivar la investigación en las actitudes de enfermería ante la muerte, considerar durante la práctica clínica que, aquellas actitudes, aptitudes y creencias positivas que favorecen el cuidado integral de los pacientes terminales, repercuten en la calidad de éstos y en el afrontamiento de la muerte. De igual modo, los resultados encontrados en este estudio pueden ser tenidos en cuenta para valorar la necesidad de incidir en la formación en cuidados paliativos, sobre todo en aspectos relacionados con las habilidades de comunicación al final de la vida.

El anexo 8, recoge la actividad investigadora y las publicaciones derivadas de esta tesis.

6.8 Conflicto de intereses. No existen.

6.9 Financiación

La estancia de investigación realizada en Chile fue financiada parcialmente por la Asociación de Universidades Iberoamericana de Posgrado (AUIP), y por el Instituto de Medicina y Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

6.10 Responsabilidades éticas.

Para la realización del estudio, se obtuvieron los consentimientos de los comités de Ética de la Universidad Pública de Navarra, y del Departamento de Salud de Los Ríos (Chile), respectivamente, así como de los responsables y supervisores de enfermería de los diferentes centros encuestados (anexo 1).

6.11 Agradecimientos.

A los autores de las escalas Wong, Frommelt y Hutsebaut respectivamente, por permitir personalmente el empleo de estas en el estudio.

7. CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES.

1. La escala *“Perfil de actitudes frente a la muerte”* (PRAM), detecta valores significativamente más elevados en Navarra respecto de la dimensión miedo, y en Valdivia de las dimensiones reaceramiento y escape. La actitud neutral-biológica, obtiene puntuaciones significativamente más elevadas en profesionales de enfermería varones, y con edades, y desarrollos profesionales más avanzados. Aquellos profesionales de enfermería que viven en pareja y/o tienen hijos a su cargo, presentan de forma significativa puntuaciones más elevadas en la actitud de miedo y evitación frente a la muerte.
2. Los enfermeros de Navarra y de Valdivia presentan unas puntuaciones adecuadas en la *“Escala de afrontamiento de la muerte”* de Bugen (BAM), siendo significativamente más elevadas en la muestra de enfermeros de Valdivia. Esta escala, identifica de forma significativa valores más elevados en aquellos ítems referentes al auto afrontamiento de la muerte, en los grupos de edad más avanzada, en aquellos profesionales con más años de ejercicio de la profesión, y también entre aquellos que asistieron a ritos funerarios en la infancia, y entre los que han sufrido pérdida de algún ser querido.
3. Los enfermeros de Navarra y de Valdivia, presentan unas puntuaciones adecuadas en la *“Escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo”* de Frommelt (FATCOD-B), siendo significativamente más elevadas en la muestra de enfermeros de Valdivia, especialmente en lo que hace referencia a los cuidados prestados a los familiares del paciente.
4. La escala reducida de Creencia Postcríticas de Duriez y cols. (Short-PCB), identifica de forma significativa puntuaciones más elevadas de las dimensiones ortodoxia y segunda ingenuidad, en los enfermeros de Valdivia. Por el contrario, las puntuaciones de relativismo y crítica externa fueron significativamente más elevadas en Navarra.
5. La actitud neutral-biológica de la escala PRAM, correlacionó de forma significativa y positivamente con todos los valores de la escala de BAM.
6. De forma significativa las aptitudes globales de la *“Escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo”* de Frommelt (FATCOD-B) y los factores 1 y 2 de ésta, correlacionaban positiva y significativamente con la actitud neutral-biológica de la escala PRAM.

7. Se apreció una significativa correlación positiva entre la actitud neutral biológica de la escala PRAM y el sentirse preparado emocional y técnicamente para asistir a pacientes en fin de vida por parte del profesional de enfermería. Las actitudes de miedo y de evitación correlacionaban significativamente de forma negativa con este sentimiento técnico y emocional del cuidado.
8. Se apreciaron significativas correlaciones positivas entre los valores de las escalas BAM y FATCOD-B, respecto del sentimiento de estar preparado emocional y técnicamente para asistir a pacientes en fin de vida.
9. En nuestro estudio no encontramos ninguna correlación significativa de carácter positivo o negativo entre las diferentes dimensiones de la escala de creencias religiosas y el sentirse preparado técnica o emocionalmente para cuidar a pacientes en fin de vida.

8. BIBLIOGRAFIA



8. BIBLIOGRAFIA.

1. Balboa B. Lo que llamamos muerte: el antes y el después. Móstoles (Madrid): D.L. Neo Person; 2007.
2. Cathcart T, Klein D. Heidegger y un hipopótamo van al cielo: la vida, la muerte y el más allá estudiados con filosofía y mucho humor. Barcelona: Planeta; 2010.
3. Jaccard R. Manifiesto por una muerte digna. Barcelona: Kairós; 1993.
4. Santamaría Vallejo L. La muerte en el anciano. UNED; 2006-2008.
5. RAE. Definición de muerte. [Online].; 2016 [cited 2016 Noviembre 17. Available from: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=SapSZcFCmDXX2GvrWWDQ>.
6. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients. Am J Hosp Palliat Care. 2012 Dec; 29(8): p. 632-639.
7. Kehl K. Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. Am J Hosp Palliat Care. 2006 Aug-Sep; 23(4): p. 277-86.
8. Balk D. Where to start your inquiries into death anxiety. Book review. In Balk D. Death Studies.: Taylor and Francis; 1995. p. 81-83.
9. Colell Brunet R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y de Cataluña. 2005. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
10. Olivari Medina C, Urra Medina E. Autoeficacia y conductas en salud. Cienc enferm. 2007 jun; 13(1): p. 9-15.
11. Neimeyer R. Constructions of death and loss: Evolution of a research program. Personal Construct Theory & Practice. 2004; 1: p. 8-20.
12. Trejo-Gabriel-Galán J. Eutanasia y suicidio asistido en enfermedades neurológicas: una revisión sistemática. Neurologia. 2021 Jun; 2:S0213-4853(21)00090-6.
13. Sevilla-Casado M, Ferre-Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. Gerokomos. 2013 sep; 24(3): p. 109-114.
14. Limonero García J. El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. Rev Psicol Gral y Aplic. 1996; 49(2): p. 249-265.
15. Neimeyer A. Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, And Application. 1st ed. Washington: Taylor and Francis; 1994.

16. García-Viniegras C, GAJ, Infante Pedreira O. Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2014 Mar; 30(1).
17. Hilton J. *Experiencias sobre el morir* Barcelona: Ed. Seix Barral; 1996.
18. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2): p. 144-9.
19. Gilliland JC, Templer DI. Relationship of death anxiety scale factors to subjective states. *Omega.* 1985-1986; 16(2): p. 155-167.
20. Evans M, Kelly J. Effect of family structure on life satisfaction: Australian evidence. *Social Indicators Research.* 2004; 69: p. 303-349.
21. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense* Nº 3. 2002;(30): p. 39-50.
22. May T. *La muerte: una reflexión filosófica* Mataró: D.L.; 2010.
23. Fernandez del Riesgo M. *Antropología de la muerte: los límites de la razón y el exceso de la religión* Madrid: Síntesis; 2007.
24. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte* Barcelona: Martinez-Roca; 2001.
25. Sanchís Fernández L. *Afrontamiento del miedo a la muerte.* 2018. Tesis Doctoral.
26. Bonete Perales E. *Representar el final de la vida: sentido ético del morir* Madrid: Ediciones internacionales universitarias; 2007.
27. Martínez Hernández J. *La Experiencia trágica de la muerte* Murcia: Universidad de Murcia; 2010.
28. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. *Index Enferm.* 2013; 22(3): p. 156-160.
29. Urmeneta A. Derecho a morir dignamente en España. [Online].; 2015 [cited 2017 May 25]. Available from: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t169.pdf>.
30. De Roo M, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen B, Van Den Noortgate N, Van den Block L, Bonacchi A, et al. Actual and preferred place of death of home-dwelling patients in four European countries: making sense of quality indicators. *PLoS One.* 2014; 9(4): p. e93762.

31. Bell C, Somogyi-Zalud E, Masaki K. Methodological review: measured and reported congruence between preferred and actual place of death. *Palliat Med.* 2009; 23(6): p. 482-90.
32. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson I. Intervenciones para mejorar los cuidados paliativos de personas de avanzada edad que viven en residencias geriátricas. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011; 3.
33. Ayers N, Vydellingum V, Arber A. An ethnography of managing emotions when talking about life-threatening illness. *Int Nurs.* 2017 Feb.
34. Li Q, Zheng N, Temkin-Greener H. Quality of end-of-life care of long-term nursing home residents with and without dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2013 Jul 17; 61(7): p. 1066-73.
35. Arimany-Mansoa J, Torralba F, Gómez-Sancho M, Gómez-Durán EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Med Pal.* 2017; 149(5): p. 217-222.
36. Sarmiento-Medina M, Vargas-Cruz S, Velásquez-Jiménez C, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública.* 2012; 14(1): p. 116-28.
37. Preston TA. *Aprender a morir Barcelona: Amat; 2002.*
38. Lora González R. *Cuidados paliativos, su dimensión espiritual: manual de abordaje clínico Córdoba: Toromítico; 2007.*
39. Cortés Pradilla H, Correa Ospina O, Alonso-Babarro A. Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores en la isla mediterránea de Ibiza. *Rev. Col. Anest.* 2011 Jul; 39(2): p. 174-188.
40. Gonzalez-Jaramillo V, Fuhrer V, Gonzalez-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychmüller S, Maessen M. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: A systematic review. *Palliat Support Care.* 2021; 19(4): p. 474-487.
41. Simon S, Gomes B, Koeskeroglu P, Higginson I, Bausewein C. Population, mortality and place of death in Germany (1950-2050) - implications for end-of-life care in the future. *Public Health.* 2012; 126(11): p. 937-46.
42. OMS. *Cuidados Paliativos. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. NLM: QZ 200. Ginebra:, Planificación; 2007. Report No.: ISBN 978 92 4 354699 5.*

43. D'Onofrio C, Ryndes T. The relevance of public health in improving access to end of life care. *Hastings Cent Rep.* 2003; 530(2).
44. Davies E, Higginson I. *Palliative Care: the solid facts.* Milan: WHO Europe, Fondazione Floriani; 2004. Report No.: ISBN 9289010916.
45. SECPAL. Sociedad Española de cuidados paliativos. [Online].; 2014 [cited 2016 Nov 3]. Available from: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2.
46. Arrighi E, Blancafort S, Jovell A, Navarro Rubio M. Quality of cancer care in Spain: recommendations of a patients' jury. *Eur J Cancer Care.* 2015; 24(3): p. 387-94.
47. Lawrence V, Samsi K, Murray J, Harari D, Banerjee S. Dying well with dementia: qualitative examination of end-of-life care. *Br J Psychiatry.* 2011; 199(5): p. 417-422.
48. Ryan T, Ingleton C, Gardiner C, Parker C, Gott M, Noble B. Symptom burden, palliative care need and predictors of physical and psychological discomfort in two UK hospitals. *BMC Palliative Care.* 2013; 12(11).
49. Shah S, Carey I, Harris T, DeWilde S, Cook D. Mortality in older care home residents in England and Wales. *Age Ageing.* 2013; 42(2): p. 209-15.
50. Hall S, Goddard C, Stewart F, Higginson I. Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2011 Jun; 11(31): p. 11-31.
51. Janssen D, Spruit M, Alsemgeest T, Does J, Schols J, Wouters E. A patient-centred interdisciplinary palliative care programme for end-stage chronic respiratory diseases. *Int J Palliat Nurs.* 2010; 16(4): p. 189-94.
52. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs.* 2012; 18(6): p. 267-73.
53. WHO. Cancer. [Online].; 2007 [cited 2016 abril 14]. Available from: <http://www.who.int/cancer>.
54. Ela S, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, Lasmarías C, Beas E, Mateo-Ortega D, et al. The WHO collaborating centre for public health palliative care programs: an innovative approach of palliative care development. *J Palliat Med.* 2014; 17(4): p. 385-92.
55. McNamara B, Rosenwax L, Holman D. A method for defining and estimating the Palliative Care Population. *J Pain. Symptom Manage.* 2006 Jul; 32(1): p. 5-12.
56. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005;(330): p. 1007-1011.

57. Lynn J, Adamson D. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. WP-137. Santa Monica: RAND Corporation; 2003.
58. Solano JP, Gomes B, Higginson JI. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31(1): p. 58-69.
59. Khatcheressian J, Cassel J, Lyckholm L, Coyne P, Hagenmueller A, Smith T. Improving palliative and supportive care in cancer patients. *J Oncology*. 2005; 19(10): p. 1365-76.
60. González Barón M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2nd ed. Madrid : Ed. Médica Panamericana; 2007.
61. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 3rd ed. Pittsburgh; 2013.
62. Benítez del Rosario M. Conceptos y fundamentos de los Cuidados Paliativos. In Benitez del Rosario M, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Aspectos de Organización. Barcelona: Springer; 2000. p. 45-55.
63. Mehta A, Chan L. Understanding of the concept of total pain. *Journal of Hospice and palliative nursing*. 2008;: p. 26-32.
64. Mercadante S, Valle A, Sabba S, Orlando A, Guolo F, Gulmini L, et al. Pattern and characteristics of advanced cancer patients admitted to hospices in Italy. *Support Care Cancer*. 2013 April; 21(4): p. 935-9.
65. Kirolos I, Tamariz L, Schultz E, Diaz Y, Wood B, Palacio A. Interventions to improve hospice and palliative care referral: a systematic review. *J Palliat Med*. 2014; 17(8): p. 957-64.
66. Gao W, Ho Y, Verne J, Glickman M, Higginson I, Gomes B. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. *PLoS Med*. 2013; 10(3): p. e1001410.
67. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y bienestar Social. [Online]. Sevilla; 2013 [cited 2013 jun 11. Available from:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Noticias/2013/11/dia07/Noticia23946>.
68. Pacheco C, Goldim J. Percepciones del equipo interdisciplinario sobre cuidados paliativos en oncología pediátrica. *Rev Bioét*. 2019 Jan-Mar; 27(1): p. 67-75.
69. Rizzo RF. Major issues relating to end-of-life care: Ethical, legal and medical from a historical perspective. *International Journal of Social Economics*. 2005; 32(1): p. 34-54.

70. Nelson N. A death with dignity: A nurse's story of the end of life of her mother. *Nurs Forum*. 2013; 48(2): p. 134-138.
71. O'Connors M, Lee S, Aranda S. *Palliative care nursing. A guide to practice*. 3rd ed. Melbourne: Ausmed Publications; 2012.
72. Instituto nacional del cáncer (INC). Los cuidados al final de la vida de personas con cáncer. [Online].; 2012 [cited 2016 sept 21. Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/apoyo-recursos/cuidado-paciente-terminal>.
73. Carmona Berrios Z, Bracho de Lopez C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*. 2008; 2(2): p. 14-22.
74. Morrison RS, Penrod JD, Cass JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L. Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs. *Arch Intern Med*. 2008;(16): p. 1793-1790.
75. Zurriarain R. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética*. 2019; 23(2): p. 180-193.
76. Canadian Hospice of palliative care association. Professionals: resources for nurses. [Online].; 2017 [cited 2017 Feb 12. Available from: <http://www.chpca.net/professionals/nurses.aspx>.
77. Wilson-Barnett J. *Nursing issues and research in terminal care* Sons JW&, editor.; 1988.
78. Angera de Sojo M. *Competencia humanística en enfermería*. Trabajo de Fin de Grado de Enfermería. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña, Facultad de Medicina y Enfermería; 2013.
79. Sánchez García O, Domínguez Rodríguez MC. Plan de cuidados para el paciente en situación de agonía en atención primaria. *ENE, Revista de Enfermería*. 2010; 4(2): p. 71-82.
80. França J, Costa S, Lopes M, Nóbrega M, França I. Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la teoría humanística de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(3): p. 1-7.
81. Peterson SJ, Bredow TS. *Middle range theories. Application to nursing research*. 3rd ed. Wilkins LWA, editor.: Volters Kluber Health; 2013.
82. Ferrel BR, Coyle N. *Oxford textbook of palliative Nursing*. 3rd ed. London: Oxford; 2010.

83. Sherman DW, Matzo ML, Paice JA, McLaughlin M, Virani R. Learning pain assessment and management: a goal of the End-of-Life Nursing Education Consortium. *J Contin Educ Nurs*. 2004 May-Jun; 35(3): p. 107-20.
84. NICE. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 12. Available from: www.nice.org.uk/guidance/CG140.
85. Oechsle K, Goerth K, Bokemeyer C, Mehnert A. Anxiety and depression in caregivers of terminally ill cancer patients: impact on their perspective of the patients' symptom burden. *J Palliat Med*. 2013;; p. 1095-101.
86. Bayram Z, Durna Z, Akin S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *Eur J Cancer Care*. 2014 Jan; 23(5): p. 675-84.
87. Clayton M, Reblin M, Carlisle M, Ellington L. Communication behaviors and patient and caregiver emotional concerns: a description of home hospice communication. *Oncol Nurs Forum*. 2014;; p. 311-21.
88. IMNA (Institute of medicine of the national academies). Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs. 2007.
89. Fenn K, Evans S, McCorkle R, DiGiovanna M, Puzstai L, Sanft T, et al. Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *J Oncol Pract*. 2014; 10(5): p. 332-8.
90. Wasner M, Paal P, Borasio G. Psychosocial care for the caregivers of primary malignant brain tumor patients. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2013; 9(1): p. 74-95.
91. Carey E, Dose A, Humeniuk K, Kuan Y, Hicks A, Ottenberg A, et al. The experience of hospital death: assessing the quality of care at an academic medical center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Feb; 35(2): p. 189-197.
92. Costa V, Earle C, Esplen M, Fowler R, Goldman R, Grossman D, et al. The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*. 2016; 15(8).
93. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson I. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun; 6(CD007760).

94. Swart S, van der Heide A, van Zuylen L, Perez R, Zuurmond W, van der Maas P, et al. Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. *CMAJ*. 2012; 184(7): p. E360-6.
95. Chemy N, Radbruch L. Recommended framework for the use of sedation in palliative care. Board of the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2009 Oct; 23(7): p. 581-93.
96. SECPAL-OMC. Guía de sedación paliativa. Guía de práctica clínica. Madrid; 2011.
97. Consejería de Sanidad. Cuidados paliativos domiciliarios. ; 2003. Report No.: SE-3374-2003.
98. Engström J, Bruno E, Holm B, Hellzén O. Palliative sedation at end of life, a systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs*. 2007; 11(1): p. 26-35.
99. Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, Deliens L, Sterckx S, Mortier F, et al. Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliat Med*. 2015; 29(1): p. 48-59.
100. Abarshi E, Papavasiliou E, Preston N, Brown J, Payne S. The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 47(5): p. 915-925.
101. Tomas-Valiente Ganuza C. El derecho ante las decisiones al final de la vida: novedades normativas. *Derecho y Salud*. 2011; 22(1): p. 128-131.
102. Emanuel E, Onwuteaka-Philipsen B, Urwin J, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016; 316(1): p. 79-90.
103. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons J, et al. Atlas de cuidados paliativos en latinoamérica: 2020. 2nd ed. Houston: IAHPC Press; 2021.
104. Carrasco M, Crispi F. Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. *Rev. méd. Chile*. 2016; 144(12): p. 1598-1604.
105. Connor S, Sepulveda Bermedo M. Global Atlas of Palliative Care at the end of life. Geneva: WHO, Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
106. Gracia D. Fundamentos de bioética Madrid: Triacastella ; 2007.
107. Aguilar-Sánchez J, Cabañero-Martínez M, Puerta Fernández F, Ladios-Martín M, Fernández-de-Maya J, Cabrero-García J. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2018 Jul-Aug; 32(4).

108. Valdés Díaz M. Estudios de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. Tesis Doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla, Facultad de Psicología; 1994.
109. Watson J. Theoretical questions and concerns: response from a Caring Science framework. *Nurs Sci Q.* 2007; 20(1): p. 13-5.
110. Watson J, Smith M. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *J Adv Nurs.* ; 37(5): p. 452-61.
111. Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan.* 2016; 16(4): p. 430-446.
112. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan.* 2009; 9(2): p. 127-134.
113. Ascensio L, Allende S, Verástegui E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte de un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Psic.* 2014; 11(1): p. 101-15.
114. Kulkarni P, Kulkarni P, Ghooi R, Bhatwadekar M, Thatte N, Anavkar V. Stress among care givers: the impact of nursing a relative with cancer. *Indian J Palliat Care.* 2014 Jan; 31(9).
115. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J.* 2013; 7: p. 14-21.
116. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum.* 2005; 32(1): p. 97–104.
117. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs.* 2012; 18(8): p. 267-73.
118. Nia H, Lehto R, Ebadi A, Peyrovi H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2016; 4(1): p. 2–10.
119. Carmona B Z, Bracho de L C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública.* 2008; 2(2): p. 14-23.
120. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J.* 2013; 7: p. 14-21.

121. García Caro M. Pensar en paliativo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia. 2008..
122. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 2010; 37(1): p. 43-9.
123. Padrón L. Different ways of coping the death of nursing students and professionals. *Rev Enferm*. 2014; 37(1): p. 26-9.
124. Johnston B. The challenges of providing quality palliative care to all. *Int J Palliat Nurs*. 2014 Jan; 1(3): p. 3.
125. González Gil T. Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Enferm Intensiva*. 2008; 19(3): p. 113-22.
126. Henao-Castaño , ÁM QMM. Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. *Enferm Intensiva*. 2019 Oct-Dec; 30(4): p. 163-169.
127. Black C. A concept análisis of coping. In Cutcliffe J, HP MK. *The essential concepts of nursing.*: Elsevier; 2005. p. 65-75.
128. Fernández Fernández JA, García Martínez L, García García-Bueno ML, Fernández Grande AI, Lozano González T. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de Enfermería. *Tiempos de enfermería y salud*. 2017; 2(1): p. 26-33.
129. Lledó-Morera Á, Bosch-Alcaraz A. Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient. *Enferm Intensiva*. 2021 Jul-Sep; 32(3): p. 117-124.
130. Strang S, BI, Ek K, Hammarlund K, Prah C, Westin L, et al. Swedish nursing students' reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients. *Int J Palliat Nurs*. 2014 ; 20(4): p. 194-200.
131. Zheng R, Fiona S, Bloomer M. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;(27): p. e39-e49.
132. Ruland M, Moore M. *Teorías intermedias, Teoría del final tranquilo de la vida España*: Elsevier; 2011.
133. Sullivan S, Ferreira da Rosa Silva C, Meeker M. Family meetings at the end of life: a systematic review. *JHPN*. 2015 May/June; 17(3): p. 196-205.

134. Marsac M, Kindler C, Weiss D, Ragsdale L. Let's talk about it: supporting family communication during end-of-life care of pediatric patients. *J Palliat Med.* 2018 May; 21(6): p. 862-878.
135. Pascual-Fernández M. Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos. Evaluación por parte de las enfermeras. *Enferm Clin.* 2014; 24(3): p. 168-174.
136. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Platt C. Palliative care communication. *Seminars in Oncology Nursing.* 2014 Nov; 30(4): p. 280-86.
137. Fuoto A, Turner K. Palliative Care Nursing Communication: An Evaluation of the COMFORT Model. *J Hosp Palliat Nurs.* 2019 Apr; 21(2): p. 124-130.
138. Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang P, Kershek S, et al. Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *Int J Palliat Nurs.* 2010; 16(9): p. 432-8.
139. Chang A, Datta-Barua I, McLaughlin B, Daly B. A survey of prognosis discussions held by health-care providers who request palliative care consultation. *Palliat Med.* 2014 Dec; 28(4): p. 312-7.
140. Conley V, Burman M. Informational needs of caregivers of terminal patients in a rural state. *Home Healthcare Nurse.* 1997; 15(11): p. 808-817.
141. Fluor C, Bolse K, Strömberg A, Thylén I. Spouses' reflections on Implantable Cardioverter Defibrillator treatment with focus on the future and the end-of-life: a qualitative content analysis. *J Adv Nurs.* 2014; 70(8): p. 1758-69.
142. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey. *Australas Emerg Nurs J.* 2013 Nov; 16(4): p. 152-9.
143. du Couëdic L, Morel V, Trehello L, Trehony A, Robert M, Sandron D. Palliative care for patients with COPD: a challenge. *Rev Mal Respir.* 2012 Nov; 29(9): p. 1088-94.
144. García-Vivar G. C, Orecilla-Velillab E, Gómara-Arraiza L. "Es más difícil": experiencias de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva de cáncer. *Enferm Clin.* 2009 Nov-Dec; 19(6): p. 314-321.
145. Dwyer D. Experiences of registered nurses as managers and leaders in residential aged care facilities: a systematic review. Coolum Beach, Queensland, Australia; 2011.

146. Pardon K, Chambaer K, Roeline H, Pasm W, Deschepper R, Rietjens J, et al. Trends in end-of-life decision making in patients with and without cancer. *J Clin Oncol*. 2013; 31(11): p. 1450-1457.
147. Martín Rodríguez Á. Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene*. 2019; 13(3).
148. Chunyan C, Xiaobin L, Wenjuan Z, Menglei C. A good death from the perspective of healthcare providers from the internal medicine department in Shanghai: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*. 2021.
149. Lang A, Frankus E, Heimerl K. The perspective of professional caregivers working in generalist palliative care on 'good dying': An integrative review. *Soc Sci Med*. 2022 Jan; 293(114647).
150. Beckstrand R, Callister L, Kirchhoff K. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Am J Crit Care*. 2006; 15(1): p. 38-45.
151. Sosa-Rosas M, Luna-Victoria F. El cuidado de Enfermería en el cuerpo de la persona con cáncer. *Enfermería Universitaria*. 2014 Abril-Junio; 11(2): p. 73-78.
152. Rodríguez Tello J, Angosto Rodríguez P, González Saura J, Pedreño Gómez J, Meroño Rivera M, García López M. Cuidados de enfermería post mortem: variabilidad y tradición versus evidencia científica. *Parainfo digital. Monograficos de investigación en salud*. 2013;(19).
153. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 8. Available from: <http://dle.rae.es/?id=3KcD1v9>.
154. Gurdogan E, Kınıcı E, Aksoy B. The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students. *Psychol Health Med*. 2019; 24(7): p. 843-852.
155. Şahin M, Demirkiran F, Adana F. Nursing students' death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people. *J Psy Nurs*. 2016; 7(3): p. 135-141.
156. Georges J, Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nurs Ethics*. 2002 Mar; 9(2).
157. Kim S, Hwang W. Palliative care for those with heart failure: Nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014; 13(2): p. 124-33.
158. Price D, Strodtman L, Montagnini M, Smith H, Miller J, Zybert J, et al. Palliative and End-of-Life care education needs of nurses across inpatient care settings. *J Contin Educ Nurs*. 2017 Jul; 48(7): p. 329-336.

159. Izumi S, Nagae H, Sakurai C, Imamura E. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *E.Nurs Ethics*. 2012; 19(5): p. 608-18.
160. Escobar-Castellanos B, Jara-Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*. 2019; 28(54).
161. Thacker K. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008; 15(2): p. 174-85.
162. Albers G, Francke AL, de Veer A, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen B. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. *Patient Educ Couns*. 2014 Jan; 94(1): p. 4-9.
163. Hebert K, Moore H, Rooney J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *Ochsner J*. 2011 Winter; 11(4): p. 325-329.
164. Schlegel K, Shannon S. Legal guidelines related to end-of-life decisions: are nurse practitioners knowledgeable?. *J Gerontol Nurs*. 2000 Sep; 26(9): p. 14-24.
165. Firnhaber G, Roberson D, Kolasa K. Nursing staff participation in end-of-life nutrition and hydration decision-making in a nursing home: A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2020 Nov; 76(11): p. 3059-3068.
166. Morita T, Murata H, Hirai K, Tamura K, Kataoka J, Ohnishi H, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34(2): p. 160-70.
167. Watson Alvaro A. Critical care nurse's attitudes towards the care of the dying: an educational intervention. Degree of Master of Science in Nursing. Western Carolina University, Nursing Department; 2009.
168. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Monforte-Royo.C , Aradilla-Herrero A. Spanish adaptation of the Frommelt Attitudes toward caring of the dying scale (FATCOD-S) in nursing undergraduates. *OMEGA—Journal of death and dying*. 2018; 78(2): p. 120-142.
169. Henschel I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Johansson Sundler A, et al. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nurs*. 2014; 37(1): p. E1-11.

170. Frommelt K. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2003; 20(1): p. 13-22.
171. Van Tongeren D. Face to face with death: the role of religion in coping with suffering. *The science of religion, spirituality, and existentialism*. 2020;: p. 37-49.
172. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm*. 2014 jul./sep; 23(3): p. 153-156.
173. Ortega Jiménez M, Ojeda Vargas MG, Ortiz Domínguez A, Guerrero Castañeda R. Espiritualidad y cuidado de enfermería. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*. 2016 Julio - Diciembre; 5(10).
174. Perez García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería*. 2016; 5(2).
175. Flynn E. Visualizing death and burial: past and present. *International Psychogeriatrics*. 2013; 26(5): p. 709-713.
176. Delgado S. Spirituality and care for patients and families. *Am J Crit Care*. 2016; 25(3): p. 212.
177. Granero-Molina J, Díaz Cortés M, Márquez Membrive J, Castro-Sánchez A, López Entrambasaguas O, Fernández-Sola C. Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nurse experience? *Eur J Cancer Care*. 2014; 23(3): p. 300-9.
178. Vellone E, Rega M, Galletti C, Cohen M. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs*. 2006; 29(5): p. 356-66.
179. Rivas Flores F. Dignidad del difunto: ausencia y presencia. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*. 2013; 2(306): p. 61-67.
180. Chakraborty R, El-Jawahri A, Litzow M, Syrjala K, Parnes A, Hashmi S. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care*. 2017 Oct; 15(5): p. 609-622.
181. Brazal D. The last rites in a time of pandemic. *J Public Health*. 2021 Sep; 43(3): p. e549-e550.
182. Nixon A, Narayanasamy A, Penny V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nurs*. 2013 Feb 1;12:2. 2013; 12(2): p. 1-11.
183. Underwood LG. The daily spiritual experience scale: overview and results. *Religions*. 2011; 2: p. 29-50.

184. Yablonsky A. A platform for nursing research on spirituality and religiosity. *Western Journal of Nursing Research*. 2013; p. 1222–1224.
185. Morillo Martín MdS. Necesidades espirituales y calidad de vida en el cuidado enfermero en los hospitales San Juan de Dios de Andalucía. 2017..
186. de Diego Cordero R, Suero Castillo C, Vega Escaño J. La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cultura de cuidados*. 2019; 23(53): p. 304-315.
187. Leerning A, Murray S, Kendall M. *Eur J Cardiovasc Nurs*. The impact of advanced heart failure on social, psychological and existential aspects and personhood. 2014; 13(2).
188. de Andrés J. Tratamiento del dolor: Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. *Boletín de Psicología*. 2005 Julio; 84: p. 11-21.
189. García-Alandete J, Hernández-Jiménez M. El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *Pers Bioét*. 2018; 22(8): p. 319-330.
190. Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Pice M, Webster F. Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliat Support Care*. 2015; 13(5): p. 1335-61.
191. Koenig H. A Commentary: The Role of Religion and Spirituality at the End of Life. *The Gerontologist*. ; Vol. 42(Special Issue III): p. 20–23.
192. Jaul E, Zabari Y, Brodsky J. Spiritual background and its association with the medical decision of DNR at terminal life stages. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 58(1): p. 25-9.
193. Balboni T, Balboni M, Enzinger A, Gallivan K, Paul M, Wright A, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(12): p. 1109-17.
194. Balboni M, Sullivan A, Amobi A, Phelps A, Gorman D, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*. 2013; 31(4): p. 461-7.
195. Balboni M, Sullivan A, Enzinger A, Epstein-Peterson Z, Tseng Y, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 48(3): p. 400-10.

196. Abrão F, Góis A, Souza M, Araujo R, Cartaxo C, Oliveira D. Social representations of nurses about religiosity while caring for patients in the dying process. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(5): p. 730-7.
197. Hutsebaut K. Post critical Belief Scale. *Journal of empirical theology.* 2000; 13(2): p. 19-28.
198. Duriez B, Soenens B, Hutsebaut D. Introducing the shortened Post-Critical Belief Scale. *Personality and Individual Differences.* 2005; 38(4): p. 851–857.
199. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, et al. The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Stud.* 2009; 33(1): p. 73-92.
200. Duriez B, Fontaine RJ, Hutsebaut D. A further elaboration of the post-critical belief scale: evidence for the existence of four different approaches to religion in Flanders-Belgium. *Psychologica Belgica.* 2000; 40: p. 153-181.
201. Duriez B, Apple C, Hutsebaut D. The German post-critical belief scale: internal and external validity. *Zeitschrift für Sozialpsychologie.* 2003; 34: p. 219-226.
202. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. [Online].; 1990 [cited 2017 feb 14 [BOE» núm. 278, de 20 de noviembre de 1990, páginas 34410 a 34411].
203. Guerra Guerrero V, Sanhueza Alvarado O. Análisis de resultados de los procesos de acreditación de la carrera de enfermería en Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010 Jan/Feb; 18(1).
204. Schmidt Rio-Valle J. Validación de la versión española de la «Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte» y del «Perfil revisado de actitudes ante la muerte»: Estudio comparativo transcultural. 2007. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
205. Sáez E, Barreto P, Medrano P, Pérez M, Oliver A, Galiana L. Spanish Version of the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R): A Study on. *Nur Primary Care.* 2020; 4(6): p. 1-6.
206. Loureiro L. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Rev.Enf. Ref.* 2010; III(1): p. 101-108.

207. Wong P, Reker G, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitude Toward Death. In Neimeyer RA. Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application. Washington: Taylor and Francis; 1994. p. 121-148.
208. Frías-Navarro, Dolores. Apuntes de spss. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los items de un instrumento de medida. [Online].; 2014 [cited 2017 octubre 1. Available from: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>.
209. Salvador Borrel M. Acompañar en la muerte. Competencias de afrontamiento y autoeficacia. Rev ROL. 2010; 33(11): p. 742-754.
210. Robbins RA. Death anxiety, death competency and self-actualization in hospice volunteers. Hosp J. 1991;; p. 29-35.
211. Schmidt J, Cruz F, Villaverde C, Roa J. Validación de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte. Enfermería Oncológica. 2007; 10(2): p. 64-68.
212. Galiana L, Oliver A, Sansó N, A P, Benito E. Validación confirmatoria de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Med paliat. 2017; 24(3): p. 126-135.
213. Pérez- de la Cruz S, García- Luengo A. Comparative study among Spanish students of health sciences degrees:facing death. Nurs Health Sci. 2018 Mar; 9: p. 1-7.
214. Forte Camarneiro A, Rodrigues Gomes S. Translation and Validation of the Coping with Death Scale: A Study with Nurses. Journal of Nursing Referência. 2015 Oct-Nov-Dec; IV(7): p. 113-122.
215. Brysiewicz P, Curationis M, McInerney P. A pilot study of death competency amongst health workers in the Uthukela Districts in KwaZulu-Natal. Curationis. 2004; 27(3): p. 43-48.
216. Herrero-Hahn R, Román-Calderón J, Montoya-Juárez R, Pérez-Cuervo P, García-Caro M. Frommelt attitude toward care of the dying scale form-B: validation for spanish health professionals. Palliat Support Care. 2022 Oct; 20(5): p. 678-686.
217. Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Castelli L, Torta R. Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. Journal of Nursing Education and Practice. 2014; 4(3): p. 188-196.
218. Bailey C, Hewison A. The impact of a 'Critical Moments' workshop on undergraduate nursing students' attitudes to caring for patients at the end of life: an evaluation. J Clin Nurs. 2014; 23(23-24): p. 3555-63.

219. Matsui M, Braun K. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16(12): p. 593-8.
220. Ho T, Barbero E, Hidalgo C, Camps C. Spanish nephrology nurses's view and attitudes toward caring for dying patients. *Journal of renal care*. 2010; 36(1): p. 2-8.
221. Nakai Y, Miyashita M, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Kawa M. Factor structure and reliability of the Japanese version of the Frommelt attitude toward care of dying scale. *Japanese Journal of Cancer Nursing*. 2006;(11): p. 723-29.
222. Mastroianni C, Piredda M, Frommelt K, Mirabella F, Taboga C, Casale G, et al. Italian validation of the Frommelt attitudes toward care of the dying Scale form B (FATCOD Form B-I). *Int Nurs Perfect*. 2009; 9(1): p. 11-6.
223. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A. Spanish adaptation of the Frommelt attitude toward care of the dying scale (FATCOD-S) in nursing undergraduates. *OMEGA—Journal of Death and Dying*. 2017; 0(0): p. 1-23.
224. Muñoz-García A, Saroglou V. Believing literally versus symbolically: Values and personality correlates among Spanish students. *Journal of Beliefs and Values*. 2008; 29: p. 233-241.
225. Wulff DM. *Psychology of religion. Classic and contemporary* New York: Wiley; 1997.
226. Duriez B, Hutsebaut D. The relation between religion and racism: The role of post-critical beliefs. *Mental Health, Religion & Culture*. 2000; 3(1): p. 85-102.
227. Osés Zubiri M, Casas Fernández J. El proceso de muerte y su desarrollo conceptual en los cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Ética de los cuidados*. 2017 ene-jun; 10(19).
228. Cardoso M, Ribeiro O, Martins M. Death and dying: contributions to a practice based on nursing theoretical frameworks. *Rev Gaucha Enferm*. 2019 Feb; 18(40).
229. Ayers N, Vydellingum V, Arber A. An ethnography of managing emotions when talking about life-threatening illness. *Int Nurs Rev*. 2017 Dec; 64(4): p. 486-493.
230. Roque Vargas R. La muerte: ¿fenómeno natural, universal o único? *Rev Cubana Enfermer*. 2011; 27(2): p. 110-112.
231. Espinoza V, Sanhueza A. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta paul enferm*. 2012; 25(4).

232. Osegueda C, Barquero-Hernandez D, Rivera-Baires N, Urbina-Ruano K. Religión y muerte: La visión de la muerte en el cristianismo y el islamismo desde una perspectiva etnológica en el Salvador. *Revista entorno*. 2020;: p. 121-129.
233. García-Avedaño D, Ochoa-Estrada M, Briceño-Rodríguez . Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cuantitativo. *Duazary*. 2018; 15(3): p. 281-293.
234. Freitas Tiago L, AC B, Eisele A, EN S, Bitencourt JV, Souza S. La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enferm glob*. 2016 Ene; 15(41): p. 322-334.
235. Lester D. Religious behaviours and attitudes toward death. In *Death and presence: studies in the psychology of religion*. Bruselas: A. Goldin; 1972. p. 107-124.
236. Bermejo J, Villacieros M, Hassoun H. Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios. *Med Pal*. 2018; 25(3): p. 168-174.
237. Wong P, Reker G, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitude Toward Death. In Neimeyer RA. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Washington: Taylor and Francis; 1994. p. 121-148.
238. Strada E, Portenoy R. *Grief and bereavement in the adult palliative care setting* Press OU, editor. New York: Oxford American Palliative care Library; 2013.
239. Ugalde Rivera M. Proceso de elaboración del duelo en profesionales de la salud por la pérdida de un paciente y su implicación en las relaciones posteriores con los enfermos. *Disertación previa a la obtención del título de Psicología Clínica*. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Facultad de Psicología; 2016.
240. Carmona Berrios Z, Bracho de Lopez C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*. 2008; XII(2): p. 14-23.
241. Rodríguez-Alvaro M, García-Hernández A, Toledo-Rosell C. Duelo y duelo complicado en las consulta de enfermería de Atención Primaria. *Ene Enfermería*. 2008; 3: p. 20-33.
242. dos-Santos JL, Corral-Mulato S, Villela-Bueno SM, do-Carmo-Cruz-Robazzi ML. Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. *Invest educ enferm*. 2016; 34(3): p. 511-517.

243. Vargas I, Concha C. Sign of ethical issues in the practice of oncology nursing: literature review. *Aquichan*. 2019; 19(1): p. e1913.
244. García-Solís B, Araujo-Nava E, García-Ferrer V, García-Hernández M. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Revista Horizontes*. 2014;; p. 47-59.
245. Li P, Guo Y, Tang Q, Yang L. Eficacia de la intervención de enfermería para aumentar la esperanza en pacientes con cáncer: un meta análisis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26(e2937).
246. Andershed B. Relatives in end-of-life care part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *J Clin Nurs*. 2006; 15(9): p. 1158-69.
247. Mangan P, Taylor K, Yabroff K, Fleming D, Ingham J. Caregiving near the end of life: unmet needs and potential solutions. *Palliat Support Care*. 2003; 1(3): p. 247-59.
248. Siouta N, Van Beek K, van der Eerden M, Preston N, Hasselaar J, Hughes S, et al. Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliative Care*. 2016; 15(56): p. 1-16.
249. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med*. 2014; 28(8): p. 1000-25.
250. European Society for Medical Oncology (ESMO). Recomendaciones para un Currículo Global en Oncología Médica. , European Society for Medical Oncology/ American Society for clinical Oncology; 2010.
251. Borrás J, Albrecht T, Audisio R, Briers E, Casali P, Esperou H, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. European Partnership for Action Against Cancer, European partnership action against cancer consensus group; 2014.
252. Naylor M. Nursing Intervention Research and Quality of Care. Influencing the Future of Healthcare. *Nurs Res*. 2003; 52(6): p. 380-5.
253. Watts T. Initiating end-of-life care pathways: a discussion paper. *J Adv Nurs*. 2012; 68(10): p. 2359-70.
254. Yeh YP. Role and function of public health nurses in Taiwan: review of current status and future perspectives. *Hu Li Za Zhi*. 2014; 61(3): p. 5-13.
255. Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ*. 2007;; p. 217-21.

256. Wallerstedt B, Andershed B. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J Caring Sci.* 2007;; p. 32-40.
257. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *Japan Pain, Rehabilitation, Palliative Medicine, and Psycho-Oncology Study Group.* 2004;; p. 557-65.
258. González Carrasco T. La construcción del proceso de morir en el área de urgencias: significados, actitudes y habilidades del personal de enfermería. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Infermeria; 2017.
259. Rubin G. To Form Successful Habits, Know What Motivates You. [Online].; 2015 [cited 2017 Enero 29. Available from: <https://hbr.org/2015/03/to-form-successful-habits-know-what-motivates-you>.
260. Wilson J, Kirshbaum MB. Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *J Nurs.* 2011 May; 20(9): p. 559-63.
261. Carvalho KK, Lerch-Lunardi V, Silva PA, Schäfer-Vasques TC, Coelho-Amestoy S. Proceso educativo en cuidados paliativos y reforma del pensamiento. *Invest. educ. enferm.* 2017 Jan; 35(1).
262. Cheong C, Ha N, Tan L, Low J. Attitudes towards the dying and death anxiety in acute care nurses—can a workshop make any difference? A mixed-methods evaluation. *Palliat Support Care.* 2020 Apr; 18(2): p. 164-169.
263. Arias Rojas M, García-Vivar C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. *Invest Educ Enferm.* 2015 Dec; 33(3): p. 482-491.
264. McIlpatrick S, Hasson F, McLaughlin D, Johnston G, Roulston A, Rutherford L, et al. Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliative care.* 2013; 12(34): p. 1-7.
265. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, de Lima L, Filbet M, et al. Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliat Med.* 2010; 24(8): p. 812-9.
266. Higginson I, Koffman. Public health and palliative care. *J.Clin Geriatr Med.* 2005; 21(1): p. 45-55.
267. Paul S, Sallnow L. Public health approaches to end-of-life care in the UK: an online survey of palliative care services. *BMJ Support Palliat Care.* 2013; 3(2): p. 196-9.

268. Byok IR. End of life care: a public health crisis and an opportunity for managed care. *Am. J. Mang Care*. 2001; 7(12): p. 1123-32.
269. Cevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nurs*. 2013;: p. 58-65.
270. Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*. 2008 Dec; 6(4): p. 363-9.
271. Sáez E, Barreto P, Medrano P, Pérez M, Oliver A, Galiana L. Spanish Version of the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R): A Study on Nursing Students. *Nur Primary Care*. 2020; 4(5): p. 1-6.
272. Rooda L, Clements R, Jordan M. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 1999;: p. 1683-7.
273. Lange M, Thom B, Kline N. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum*. 2008; 35(6): p. 955-959.
274. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M. Greek renal nurses' attitudes towards death. *J Ren Care*. 2011 Jun; 37(2): p. 101-7.
275. Mercado García L, García Rillo A, Arceo Guzmán M, Pimentel Ramírez M, Díaz Flores M, Arauz Contreras J. Actitud hacia la muerte y su relación con la empatía médica en estudiantes de Medicina. *Educación Médica Superior*. 2016; 30(1).
276. Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28(4): p. 700-706.
277. Sáez Álvarez E. Actitudes hacia la muerte y su relación con el bienestar en estudiantes de primer curso de grado en enfermería. 2016. Tesis doctoral.
278. Talavera Medina C. Actitudes ante la muerte en estudiantes universitarios. 2010. Tesis Doctoral.
279. Martínez Angel D, Salazar Jimenez D. Actitudes ante la muerte en profesionales de la salud pertenecientes a equipos de cuidados paliativos. 2019. Trabajo de fin de grado en Psicología.
280. Cardoso M, Martins M, Trindade L, Ribeiro O, Fonseca E. The COVID-19 pandemic and nurses' attitudes toward death. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 Jul; 19(29): p. e3448.
281. Lutz K, Rowniak S, Sandhu P. A contemporary paradigm: integrating spirituality in advance care planning. *J Relig Health*. 2018 Apr; 57(2): p. 662-671.

282. Tüzer H KKÖH. Investigation of nursing students' attitudes towards death and their perceptions of spirituality and spiritual care. *J Relig Health*. 2020 Aug; 59(4): p. 2177-2190.
283. Zambrano S, Chur-Hansen A, GB C. Beyond right or wrong: attitudes and practices of physicians, nurses, psychologists, and social workers regarding attendance at patient funerals. *J Palliat Med*. 2019 Apr; 22(4): p. 400-407.
284. Barreto Omayra de la Torre P, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. *Psicooncología*. 2012; 9(2-3): p. 355-368.
285. Reid F. Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas. *Int J Palliat Nurs*. 2013 Nov; 19(11): p. 541-7.
286. Cáceres Rivera D, Cristancho L, López Romero L. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *R. Rev Cienc Salud*. 2019; 17(3): p. 98-110.
287. Hermisilla-Ávila A, Sanhuesa-Alvarado O. Intervention of humanized nursing accompaniment and quality of life in people with advanced cancer. *Aquichan*. 2019; 19(3): p. e1933.
288. Luo M, Pan S, Xie J, Li Y. A correlation study between nursing staff's knowledge level of hospice care and the psychology, emotion and attitude towards deaths. *Am J Transl Res*. 2021 Sep; 13(9): p. 10751-10757.
289. Contreras Contreras S, Sanhuesa Alvarado O. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos. Razones y significados para enfermeros/as. *Cien enferm*. 2016 Abr; 22(1): p. 47-63.
290. Robbins R. Bugen's coping with death scale reliability and further validation. *Omega*. 1990-1991; 22(4): p. 287-299.
291. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon C, Garcia-Caro M, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. The effects of a training program on coping with death in palliative care. *Med Paliat*. 2012; 19(3): p. 113-120.
292. Pérez- de la Cruz S, García- Luengo A. Comparative study among Spanish students of health sciences degrees:facing death. *Nurs Health Sci*. 2018 Mar; 9: p. 1-7.
293. Meier E, Gallegos J, Montross-Thomas L, Depp C, Irwin S, J. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016 Aps; 24(4): p. 261–271.

294. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm Clin*. 2017 Nov-Dec; 27(6): p. 379-386.
295. Ayça Ay M, Öz F. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: a descriptive study. *Nursing Ethics*. 2018;; p. 1-16.
296. Marilaf Caro PTP, Tomer A. Beyond Terror and denial: the positive psychology of death acceptance. *Death Studies*. 2011; 35(2): p. 99-106.
297. Feldman D, Fischer I, Gressis R. Does religious belief matter for grief and death anxiety? Experimental philosophy meets psychology of religion. *Journal for the scientific study of religion*. 2016; 55(3): p. 531-539.
298. Lledó-Morera A, Bosch-Alcaráz A. Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico. *Enfermería Intensiva*. 2021; 32(3): p. 117-124.
299. Furingsten L, Sjögren R, Forsner M. Ethical challenges when caring for dying children. *Nursing Ethics*. 2015; 22(2): p. 176-187.
300. Arruda-Colli M, Weaver M, Wiener L. Communication about dying, death, and bereavement: a systematic review of children's literature. *J Palliat Med*. 2017 May; 20(5): p. 548–559.
301. Skulason B, Hauksdottir A, Ahcic K, Helgason A. Death talk: gender differences in talking about one's own impending death. *BMC Palliat Care*. 2014; 13(8).
302. Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. *Nure Inv*. 2016 Mayo-Junio; 13(82): p. 1-12.
303. Pérez-de la Cruz S, Ramirez I. Exploring the attitudes of health science students in Spain and Bolivia towards death. A cross sectional survey. *BMC Palliative Care*. 2020; 19(111).
304. Boeger A. Coping with death by terminally ill patients in middle age. *Gerontol*. 1992; 25(1): p. 32-6.
305. Gobierno de España. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011.
306. Centeno C. Programas de cuidados paliativos en España. *Med Paliativa*. 2001; 8(2): p. 85-99.

307. Osés Zubiri M. Actualidad en la formación de Cuidados Paliativos en los planes de estudio de las Facultades y Escuelas de enfermería de España. *Revista de la sociedad española de enfermería oncológica*. 2016 Agosto; 18(3): p. 5-11.
308. MINSAL. Guía clínica de alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Santiago: Gobierno de Chile, Subsecretaria de salud pública. División de prevención y control de enfermedades; 2011.
309. Cuevas Mardones R, Elgueta Cheuque F, Zenteno Loyola R. Situación actual de la formación en cuidados paliativos de las escuelas de enfermería de las universidades chilenas. 2009. Tesis para optar al grado de licenciado en enfermería.
310. SECPAL. Spanish society of palliative care. [Online].; 2014 [cited 2018 May 22. Available from: <https://www.secpal.com/>.
311. ALCP. Latin American association of palliative care. [Online].; 2018 [cited 2018 May 22. Available from: <http://cuidadospaliativos.org/>.
312. Martínez Cruz M, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García Baquero Merino M. *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*: Elsevier; 2012.
313. Davies E, Higginson IJ. *Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores*. ISBN 9289010924. Copenhagen: OMS Europa, Oficina Regional de la OMS; 2004.
314. Carey E, Dose A, Humeniuk K, Kuan Y, Hicks A, Ottenberg A, et al. The experience of hospital death: assessing the quality of care at an academic medical center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Feb; 35(2): p. 189-197.
315. Lopera M. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(2): p. 297-304.
316. Montagnini M, Smith H, Price D, Gosh B, L S. Self-perceived end of life care competencies of health-care providers at a large academic medical center. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2018; 35(11): p. 1409-1416.
317. Dobrowolska B, Mazur E, Pilewska-Kozak A, Dońska K, Kosicka B, Palese A. Predicted difficulties, educational needs, and interest in working in end of life care among nursing and medical students. *Nurse Educ Today*. 2019 Dic; 83(104194).
318. Hagelin C, Melin-Johansson C, Hensch I, Bergh I, Ek K, Hammarlund K, et al. Factors influencing attitude toward care of dying patients in first-year nursing students. *Int J Palliat Nurs*. 2016 Jan; 22(1): p. 28-36.

319. Liping W, Jing C, Yanli D, Zhenzhen W, Zhifang L, Zhaoyang D. Factors Influencing Chinese nursing Students' Attitudes Toward the Care of Dying Patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2017 Aug; 19 (4): p. 343–350.
320. Garrino L, Contratto C, Massarallo P, Dimonte V. Caring for dying patient and their families: the lived experiences of nursing students in Italy. *Journal of palliative Care*. 2017 Nov; 32(3-4): p. 127-133.
321. Draper P, Holloway M, Adamson S. A qualitative study of recently bereaved people's beliefs about death: implications for bereavement care. *J Clin Nurs*. 2014 May; 23(9-10): p. 1300-8.
322. García-Navarro E, Araujo-Hernández M, Rigabert A, Rojas-Ocaña M. Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal). *PLoS One*. 2021; 18(8): p. e0254870.
323. Paque K, Elseviers M, Vander Stichele R, Pardon K, Hjerstad M, Kaasa S, et al. Changes in medication use in a cohort of patients with advanced cancer: The international multicentre prospective European Palliative Care Cancer Symptom study. *Palliat Med*. 2018 Apr; 32(4): p. 775-785.
324. Álvarez Mazariegos J, Calvete Waldomar S, Fernández-Marcote Sánchez-Mayoral R, Guardia Serecigni J. Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. Valencia: SECPAL-SEMFyC-FAECAP; 2017.
325. Lau J, Mazzotta P, Whelan C, Abdelaal M, Clarke H, Furlan A, et al. Opioid safety recommendations in adult palliative medicine: a North American Delphi expert consensus. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022; 12: p. 81-90.
326. White D, Meeker M. Guiding the process of dying: the personal impact on nurses. *J Hosp Palliat Nurs* (Publish Ahead of Print). 2019 Oct; 21(5): p. 390-396.
327. Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *J Clin Nurs*. 2008 Mar; 17(6): p. 703-16.
328. Agramonte del Sol A, Leiva Rodríguez J. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2007; 23(1): p. 1-15.
329. Pérez-de la Cruz S, Ramírez I, Maldonado C. Factors and Beliefs that Condition the Attitude of Health Science Students towards End of Life in Spain and Bolivia: A Multicenter Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(17): p. 6373.

330. Kirkpatrick A, Cantrell M, Smeltzer S. Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study. *Nurse Educ Today*. 2019 Feb; 73: p. 23-30.
331. Ferri P, Di Lorenzo R, Stifani S, Morotti E, Vagnini M, Jiménez Herrera M, et al. Nursing student attitudes toward dying patient care: A European multicenter cross-sectional study. *Acta Biomed*. 2021 Mar; 92(S2): p. e2021018.
332. González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio J, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jul; 31(12): p. 227.
333. Van der Steen J, Onwuteaka-Philipsen B, Knol D, Ribbe M, Deliens L. Caregivers' understanding of dementia predicts patients' comfort at death: a prospective observational study. *BMC Med*. 2013; 11(105): p. 1-12.
334. Bracegirdle L. A tormented death: end-of-life care for people with dementia. *British Journal of Nursing*. 2012; 21(12).
335. Pesut B, Greig M. Resources for educating, training, and mentoring nurses and unregulated nursing care providers in palliative care: a review and expert consultation. *J Palliat Med*. 2017 Dec; 1(20 (Suppl 1)): p. S-50–S-56.
336. Attum B, Hafiz S, Malik A, Shamooun Z. Cultural competence in the care of muslim patients and their families. *StatPearls Publishing*. 2022 Jan.
337. Kovács B. The relationship between burnout and religious belief among nuns serving as nurses. *Psychiatr Hung*. 2009; 24(1): p. 74-87.
338. Lopera Betancourt M, Arias Valencia M. El interés de las enfermeras por el alma de los pacientes en proceso de morir: asuntos culturales y espirituales. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*. 2017; 19(1): p. 47-63.
339. Śliwak J, Zarzycka B. The interplay between post-critical beliefs and anxiety: an exploratory study in a Polish sample. *J Relig Health*. 2012 Jun; 51(2): p. 419-30.
340. Schnabel L. More religious, less dogmatic: toward a general framework for gender differences in religion. *Soc Sci Res*. 2018; 75: p. 58-72.
341. Zarzycka B, Rydz E. Explaining the relationship between post-critical beliefs and sense of coherence in Polish young, middle, and late adults. *J Relig Health*. 2014; 53(3): p. 834-48.

342. González Requejo J. ¿Valoramos realmente las necesidades espirituales de nuestros pacientes? *Etica de los cuidados*. 2016 ene-jun; 9(17).
343. Núñez Carrasco E, Macías Inzunza L, Navarro Torres R, De Souza Paiva S. Historia de la enfermería chilena. Una revisión de las fuentes. *Cienc enferm*. 2019; 25(8): p. 4-6.
344. Reyes MM, de Lima L, Taboada P, Villarroel L, Vial JdD, Blanco O, et al. Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista médica de Chile*. 2017 Jun; 145(6): p. 747-754.
345. Lucas V. The Death of Ivan Ilyich and the concept of 'total pain'. *Clinical Medicine*. 2012; 12(6): p. 601–602.
346. Ortega Galán A, González de Haro M. El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde las perspectiva de los profesionales de la enfermería. *Med Paliat*. 2016; 23(2): p. 93-98.
347. Nascimento L, Oliveira F, Santos T, Flória-Santos M, Alvarenga W, Rocha S. Atensão às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*. 2016; 16(2): p. 179-192.
348. Reimer-Kirkham S. Nursing research on religion and spirituality through a social justice lens. *Advances in Nursing Science*. 2014; 37(3): p. 249–257.
349. Cruz J, Alquwez N, Mesde J, Almoghairi A, Altukhays A, Colet P. Spiritual climate in hospitals influences nurses' professional quality of life. *Journal of Nursing Management*. 2020; 28(7): p. 1589-1597.
350. Hernández-García M. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2017; 14(1): p. 53-70.
351. Polat H, Turan G, Tan M. Determination of the relationship of the spiritual orientation of nurses with compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020; 56(4): p. 920-925.
352. Chiang Y, Lee H, Chu T, Han C, Hsiao Y. A spiritual education course to enhance nursing students' spiritual competencies. *Nurse Education in Practice*. 2020; 49.

9. ANEXOS



9.ANEXOS.

9.1 Anexo 1: Aprobación por sendos comités de ética de ambas regiones para el desarrollo del estudio.



COMITÉ DE ÉTICA, EXPERIMENTACIÓN ANIMAL Y BIOSEGURIDAD

AUTORIZACIÓN DE PROYECTO CON IMPLICACIONES ÉTICAS O DE BIOSEGURIDAD

La Comisión evaluadora de los aspectos bioéticos implicados en los proyectos de investigación, del Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, en su reunión del día 12 de febrero de 2018, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto de Tesis doctoral: PI-002/18 “Análisis de las aptitudes, actitudes y creencias de enfermería ante el fin de la vida” que tiene como director a D. Juan Manuel Casas Fernández de Tejerina.

A la vista de la documentación presentada por la comisión evaluadora, la cual ha considerado **informar favorablemente** el trabajo.

El Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, conforme al Apartado 4.2 del Reglamento de funcionamiento del citado Comité, **autoriza la tramitación** del proyecto de tesis doctoral denominado “Análisis de las aptitudes, actitudes y creencias de enfermería ante el fin de la vida”, con código PI-002/18 que tiene como director D. Juan Manuel Casas Fernández de Tejerina, en cuanto a sus implicaciones éticas o de bioseguridad..

Pamplona, 19 de febrero de 2018



Fdo: Ramón Gonzalo García
Presidente





Fdo: Santiago Alvarez Folgueras
Secretario

Ejemplar para gestión administrativa



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Comité Ética de Investigación

ORD.: N° 080

ANT.: Carta 21.01.2015

MAT.: Informa lo que indica

Valdivia, 16, Marzo, 2015

DE: PRESIDENTE COMITE ETICA DE INVESTIGACION
Dra. Ginette Grandjean Obando

A: INVESTIGADOR PRINCIPAL
Sra. María Osés Zuburi
Oficina Graduados, Facultad Medicina UACH

En respuesta a documento del antecedente, enviado para aprobación del proyecto de Investigación titulado: "Análisis de las actitudes, aptitudes y creencias de enfermería en el cuidado al final de la vida". Informo a usted, que en reunión del día 11 de marzo del presente año, este comité revisó dicho proyecto, concluyendo que No amerita ser revisado por este Comité.

El mencionado proyecto corresponde a una evaluación de salud laboral que en estricto rigor debiese ser enfrentado como política institucional. Además no contempla "población vulnerable".

Por lo anterior sugerimos a Ud. Solo solicitar autorización del director de la institución donde será realizado el trabajo.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.




DRA. GINETTE GRANDJEAN OBANDO
PRESIDENTE COMITE ETICA DE INVESTIGACION
SERVICIO SALUD VALDIVIA

Dra. GGOlfam
C/C.:
- Director HBV
- Archivo CEI
- Archivo carpeta.

9.2 Anexo 2: Introducción/explicación de los objetivos y participación en el estudio.



Estimada/o Señor/a:

Solicitamos su colaboración en este estudio que se está llevando a cabo desde la Universidad Pública de Navarra (Departamento de Ciencias de la Salud) sobre la construcción del concepto de muerte y la aproximación asistencial al paciente en final de vida por el profesional de enfermería, profesional sanitario que de forma más próxima e íntima presta los cuidados finales a este tipo de paciente, y que es el soporte de la asistencia integral del paciente en estas circunstancias.

El concepto de muerte a través de los años ha ido cambiando como lo han hecho otros aspectos, valores y actitudes de la sociedad, generando en la población diferente tipo de respuesta y consideración. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la actitud ante la muerte de los profesionales de Enfermería a través de los diferentes periodos y escenarios de su actividad profesional.

Dado el actual envejecimiento de la población no cabe duda de que el profesional de Enfermería tiene, y tendrá cada vez más, que asistir a un creciente número de pacientes en su proceso de muerte. Frecuentemente son pacientes con poli patología, con los que es difícil comunicarse y que a nivel psicosocial frecuentemente presentan gran dependencia, calidad de vida muy comprometida y un porcentaje de ellos incluso carecen de un entorno afectivo adecuado.

El propósito fundamental del estudio es determinar las condiciones de asistencia del paciente en fase de fin de vida a través del conocimiento de las actitudes, aptitudes subjetivas, creencias y valores del personal de enfermería, como profesional sanitario más próximo y vinculado con el cuidado de los pacientes en términos generales. No importa por tanto si usted ha desarrollado cuidados a pacientes en esta fase de la vida, como el hecho de que por su formación sanitaria podría eventualmente prestarlos o colaborar en su gestión o incluso en la aproximación docente a este tipo de cuidados.

Queremos invitarle a poder tomar parte en este estudio aportándonos su opinión y experiencia personal y profesional en este tipo de procesos. Para usted es una oportunidad de poder manifestar como cree que se involucra este tipo de cuidado en el quehacer profesional sanitario de los profesionales de enfermería.

Este estudio tiene exclusivamente fines de investigación y toda la información recabada se mantendrá desde el primer momento en un ámbito de estricto anonimato. El uso de los cuestionarios de respuestas queda estrictamente restringido a los investigadores de este proyecto y los resultados una vez analizados, serán publicados de forma agregada en revistas científicas. Sus respuestas y opiniones nunca podrán ser relacionadas con su persona ya que se trata de una encuesta anónima, que introducirá en un sobre y cerrará posteriormente, incluyéndolo en el conjunto de sobres de encuestas realizadas.

Su participación en este estudio, a través de las conclusiones que de él se extraigan, ayudará a un mejor conocimiento y actuación sanitaria en el ámbito de la enfermedad terminal y el proceso de fin de vida y en definitiva que esta actuación pueda ser mejor, más acorde y próxima a las necesidades, preferencias y valores de la población y de los profesionales que la prestan.

Este estudio se realiza basado en su colaboración voluntaria para participar en él y de acuerdo con el principio de respeto y libertad de todo tipo de opinión. Siendo su participación libre y voluntaria, puede suspender la entrevista o renunciar a participar en el estudio cuando lo desee, sin motivo o justificación, no obstante, para nosotros es muy importante que colabore en nuestro estudio hasta su finalización ya que su opinión sobre los diferentes aspectos del cuestionario constituye una aportación inestimable para los fines descritos.

Le agradecemos su colaboración y para cualquier información adicional estamos a su disposición.

Dña. María Osés Zubiri. maria_oses82@hotmail.com

Alumna de Doctorado. Departamento de Ciencias de la Salud. UPNA.

Fdo (participante):

9.3 Anexo 3: Cuestionario de variables sociodemográficas.

Mes y año de nacimiento

nn	NNNN
----	------

 Mujer

1

 Varón

2

Cuál es su situación dentro de la actividad profesional de Enfermería:
Actualmente en formación como alumno

Ha finalizado ya su formación profesional de Enfermería

¿En qué fecha (mes/año) inició sus estudios de Enfermería?

nn	NNNN
----	------

¿En qué fecha (mes/año) finalizó sus estudios de Enfermería?

nn	NNNN
----	------

Si desarrolla labor Asistencial a Pacientes, ésta se ubica en:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización Agudos Médica y Especialidades1 | <input type="checkbox"/> Psiquiatría10 |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización Quirúrgica y sus Especialidades2 | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva y Calidad asistencial11 |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización Oncológica (Radio-Médica)3 | <input type="checkbox"/> ORL – Oftalmología (Hospitalización o Consultas)12 |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos o Coronarios Agudos4 | <input type="checkbox"/> Hospitalización Media-Larga Estancia o |
| <input type="checkbox"/> Pediatría (Menos oncología pediátrica)5 | Institucionalización Ancianos y E. Crónicos estables13 |
| <input type="checkbox"/> Ginecología-Obstetricia (Menos oncología)6 | <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos14 |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios Centrales y Radiodiagnóstico7 | <input type="checkbox"/> Urgencias15 |
| <input type="checkbox"/> Atención Primaria8 | |
| <input type="checkbox"/> Consultas Asistencia Especializada9 | |

¿Cuál es la composición de su familia actual?:

- Vive con sus padres.1
- Vive sola/o ---- Soltera/o2
- Otros motivos para vivir sola/o (Separación, viudedad)3
- Pareja sin hijos4
- Familia Nuclear: pareja y hasta 2 hijos/as5
- Familia Numerosa: pareja y más de 2 hijos/as) 6
- Otra situación familiar.7

¿Cuál fue su lugar de Residencia habitual (mayoritaria en el tiempo) hasta los 14 años?

- Población de aproximadamente menos de 5.000 habitantes1
- Población aproximadamente entre 5.000 y 20.000 habitantes.2
- Población aproximadamente entre 20.000 y 100.000 habitantes3
- Población aproximadamente de más de 100.000 habitantes4

¿Te sientes preparada/o desde el punto de vista **emocional o psicológico** para cuidar pacientes en proceso de fin de vida (terminalidad, agonía)?

1Total Desacuerdo	2Bastante Desacuerdo	3Algo de Desacuerdo	4Indeciso Neutral	5Algo de Acuerdo	6Bastante Acuerdo	7Total Acuerdo
----------------------	-------------------------	------------------------	----------------------	---------------------	----------------------	-------------------

¿Profesa alguna religión?

SI1	NO2
-----	-----

¿Cuál?

- Católica. 1
- Protestante. 2
- Ortodoxa. Otras confesiones cristianas. 3
- Judía.4
- Musulmana. 5
- Otra religión no cristiana. 6
- Religiones orientales (hindú, budista). 7

Nivel de participación en los ritos religiosos:

- Todos los días. 1
- Más de una vez a la semana. 2
- Una vez a la semana. 3
- Al menos una vez al mes. 4
- Sólo en fiestas religiosas especiales.5
- Con menos frecuencia. 6
- Nunca

¿Qué significa la muerte para Usted?: (1=si 2=no)

- Algo necesario y natural
- Algo horrible
- La liberación del género humano
- Final de todo
- Paso a otro género de vida
- Conseguir el estado espiritual perfecto
- Comienzo de algo desconocido

¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido?

SI1	NO2
-----	-----

Recuerda si en su niñez (edad inferior a 14 años) asistía a funerales, cementerios, tanatorios, etc.

SI1	NO2
-----	-----

¿Cuál es su principal respuesta emocional frente a la muerte (al hecho de morir)?

1=si 2=no

<input type="checkbox"/>	Risa	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	Sosiego
<input type="checkbox"/>	Culpabilidad	<input type="checkbox"/>	Indiferencia
<input type="checkbox"/>	Impotencia	<input type="checkbox"/>	Cólera
<input type="checkbox"/>	Llanto	<input type="checkbox"/>	Alivio
<input type="checkbox"/>	Tranquilidad	<input type="checkbox"/>	Decepción
<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	¿Cual?

¿Te sientes preparada/o desde el punto de vista **de preparación asistencial-técnica** para cuidar pacientes en proceso de fin de vida (control dolor, información, tratamiento de síntomas mayores, estrategias de comunicación afectiva y espiritual)?

Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
---------------------	------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	---------------------	------------------

Indica en qué medida desearías ejercer tu actividad asistencial de Enfermera, si pudieras elegir libremente, en los diferentes entornos asistenciales de Enfermería que a continuación se exponen. La valoración máxima es 7 (Lo desearía muchísimo) y la mínima 1 (No lo deseo en absoluto)

Trabajar con pacientes asistidos en el entorno de la **ATENCIÓN PRIMARIA** 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de un **HOSPITAL DE AGUDOS** 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de un **HOSPITAL DE CRONICOS** (Larga Estancia) 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de **ONCOLOGÍA** 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de **CUIDADOS PALIATIVOS** (Enfermos terminales) 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de **CUIDADOS INTENSIVOS o CORONARIA** 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de **PEDIATRÍA** 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con pacientes ingresados en salas de **PACIENTES GERIÁTRICOS** (Residencias, etc.) 1 2 3 4 5 6 7

9.4 Anexo 4: Cuestionario de la escala del perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PRAM).

El siguiente cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lee cada afirmación cuidadosamente e indica luego hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo. Es importante que leas y contestes todos los enunciados. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

La muerte es sin duda una experiencia horrible						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Creo que iré al cielo cuando muera						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte se debería ver como un acontecimiento natural innegable e inevitable						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Me trastorna la terminalidad, "el final", que supone la muerte						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte proporciona un escape de este mundo terrible						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente intento apartarlo						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Siempre intento no pensar en la muerte.						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
La muerte es un aspecto natural de la vida						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
No temería a la muerte ni le daría la bienvenida						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Tengo un miedo intenso a la muerte						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Evito totalmente pensar en la muerte						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La muerte no es buena ni mala						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Espero una vida después de la muerte						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La incertidumbre de no saber lo que pasa después de la muerte me preocupa						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

9.5 Anexo 5: Cuestionario de la escala de afrontamiento a la muerte de Bugen (BAM).

Las siguientes cuestiones tratan de la actitud personal de afrontamiento de la Muerte.

La valoración máxima es 7 (Totalmente de acuerdo) y la mínima 1 (Totalmente en desacuerdo), neutral o indeciso es la puntuación 4.

Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Estoy enterado/a de todos los servicios que ofrecen las funerarias	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Estoy enterado/a de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Estoy enterado/a de todas las emociones que caracterizan al duelo humano	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Me siento preparada/o para afrontar mi muerte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Me siento preparada/o para afrontar mi proceso de morir	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>

Me importa más la calidad de mi vida que su duración	1	2	3	4	5	6	7
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	1	2	3	4	5	6	7
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	1	2	3	4	5	6	7
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	1	2	3	4	5	6	7
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	1	2	3	4	5	6	7
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo	1	2	3	4	5	6	7
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	1	2	3	4	5	6	7
Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
Sería capaz de hablar con un amigo o un miembro de la familia sobre su muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
Me puedo comunicar con las personas en trance de muerte (moribundos)	1	2	3	4	5	6	7
Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	1	2	3	4	5	6	7

9.6 Anexo 6: Cuestionario de la escala de actitudes hacia el cuidado del paciente moribundo de Frommelt-(FATCOD-B).

Las siguientes cuestiones tratan del cuidado en el fin de vida (moribundo = que está muriendo o muy cercano a morir)

La valoración máxima es 5 (Totalmente de acuerdo) y la mínima 1 (Totalmente en desacuerdo), neutral o indeciso es la puntuación 3.

Proporcionar cuidados al moribundo es una experiencia que merece la pena	1	2	3	4	5
La muerte no es lo peor que le puede pasar a una persona	1	2	3	4	5
Es incómodo hablar sobre la muerte inminente con el moribundo	1	2	3	4	5
Las atenciones a la familia del paciente deberían continuar a lo largo del periodo de dolor y duelo	1	2	3	4	5
A mí no me gustaría atender a un moribundo	1	2	3	4	5
Los cuidadores que no pertenezcan a la familia no deben ser los que hablen de la muerte con el moribundo	1	2	3	4	5
El periodo de tiempo requerido para atender a un moribundo me frustraría	1	2	3	4	5
Me disgustaría que el moribundo al que estoy atendiendo perdiera la esperanza de recuperarse	1	2	3	4	5
Es difícil establecer una relación cercana con el moribundo	1	2	3	4	5
En ocasiones la muerte es bien recibida por el moribundo	1	2	3	4	5
Cuando un paciente pregunta "¿me estoy muriendo?" creo que es mejor cambiar de tema hacia algo más alegre	1	2	3	4	5
La familia debería estar involucrada en el cuidado físico del moribundo	1	2	3	4	5
Tendría esperanzas de que la persona a la que atiendo muriera cuando no esté presente	1	2	3	4	5
Tengo miedo de trabar una amistad con el moribundo	1	2	3	4	5

Sentiría ganas de huir cuando la persona por fin muriera	1	2	3	4	5
Las familias necesitan un soporte emocional para aceptar los cambios de humor del moribundo	1	2	3	4	5
Conforme el paciente se aproxima a la muerte, los cuidadores ajenos a la familia deben retirar su implicación con el paciente	1	2	3	4	5
Las familias deben preocuparse por ayudar a que el moribundo aproveche lo que le queda de vida	1	2	3	4	5
El moribundo no tiene permitido tomar decisiones sobre su cuidado físico	1	2	3	4	5
Las familias deben mantener un ambiente tan normal como sea posible para el moribundo	1	2	3	4	5
Es beneficioso para el moribundo verbalizar sus sentimientos	1	2	3	4	5
Los cuidados deben extenderse hasta los familiares del moribundo	1	2	3	4	5
Los cuidadores deben ofrecer a los moribundos un horario flexible de visitas	1	2	3	4	5
El moribundo y su familia deben ser los responsables de la toma de decisiones	1	2	3	4	5
La adicción a la medicación contra el dolor no debe preocupar cuando se trata de un moribundo	1	2	3	4	5
Me sentiría incómodo si, al entrar en la habitación de un enfermo terminal, le encuentro llorando	1	2	3	4	5
Los moribundos deben recibir respuestas sinceras sobre su enfermedad	1	2	3	4	5
La educación de las familias sobre la muerte no es una responsabilidad de los cuidadores ajenos a la familia	1	2	3	4	5
Los miembros de la familia que permanecen cerca del moribundo a menudo interfieren en el trabajo de los profesionales con el paciente	1	2	3	4	5
Es posible para los cuidadores ajenos a la familia ayudar a los pacientes a preparar la muerte	1	2	3	4	5

9.7 Anexo 7: Cuestionario de la escala reducida de actitudes religiosas Short-Post Critical Belief de Hutsebaut y col (S-PCBS).

Por último, agradeceríamos contestaras el siguiente cuestionario que contiene varios enunciados relacionados con diferentes actitudes de creencia religiosa cristiana. Lee cada enunciado cuidadosamente e indica luego hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo. Es importante que leas y contestes todos los enunciados. Muchas de ellos parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

La Biblia contiene una verdad más profunda que solo puede ser revelada por reflexión personal						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Dios ha sido definido por una vez y para todos, por lo tanto, es inmutable						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La fe se torna una ilusión cuando se compara con la dureza de la vida						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La Biblia es una guía, llena de signos sobre la búsqueda de Dios, y no un documento histórico						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

A pesar de que va en contra de la racionalidad moderna, creo que María realmente era virgen cuando dio a luz a Jesús						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Cada afirmación sobre Dios es el resultado del tiempo (momento histórico) en el que fue hecha						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

A pesar del hecho de que la Biblia fue escrita en un contexto histórico completamente diferente al nuestro, contiene un mensaje esencial						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Solo las principales tradiciones religiosas garantizan el acceso a Dios						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La manera en la que los humanos experimentan su relación con Dios siempre dependerá de la época en la que viven						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

En última instancia, no existe una respuesta correcta a cada pregunta religiosa						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

El mundo de las historias de la Biblia está tan alejado de nosotros que tiene poca relevancia						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Un significado científico de la vida humana y del mundo ha convertido el pensamiento religioso en superfluo						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La figura de Dios se desarrolla paralelamente con la historia de la humanidad, y por ello está sujeta a cambios						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Soy muy consciente de que mis creencias son solo una posibilidad entre muchas otras						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Creo que las historias de la Biblia deben ser tomadas literalmente, tal y como están escritas						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

A pesar del gran número de injusticias que el cristianismo ha causado en el mundo, el mensaje original de Cristo es todavía valioso para mí						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

Al final, la fe no es nada más que una red de seguridad contra los miedos humanos						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

La fe es la expresión de una personalidad débil						
Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Algo de Desacuerdo	Indeciso Neutral	Algo de Acuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo

9.8 Anexo 8. Actividad investigadora y publicaciones relacionadas con la tesis.**ASISTENCIA A CONGRESOS, CURSOS Y JORNADAS DE INVESTIGACIÓN.**

2020

-Indicios bibliográficos de calidad: evaluación de la producción científica. Centro superior de innovación educativa. UPNA. 3h.

-XXIV Encuentro Internacional de Cuidados Investén. Presentación de comunicación oral breve. Actitudes religiosas de enfermería en España y Chile. Online. Pamplona.

2019

-VI Jornadas doctorales Campus Iberos. UNIZAR-UPNA-U Lleida-U La Rioja. Realizadas en Jaca. 26-28 junio. Beca de asistencia de la Escuela de doctorado. UPNA. <http://eventos.unizar.es/30840/detail/vi-jornadas-doctorales-de-campus-iberus.html>- Presentación de póster. Osés M. Modelo de formación por competencias en enfermería de la Universidad de Montreal.

2018

-Congreso EuroScience Open Forum (ESOF) En calidad de estudiante de Doctorado. Toulouse 9-14 julio 2018. <https://toulouse2018.esof.eu/en/>. Beca de asistencia Escuela de doctorado UPNA.

2017

-Coordinadora y ponente en las Jornadas #Paliativos visibles. Actividad seleccionada y subvencionada en la II Convocatoria de proyectos culturales UPNA 2016-2017. <https://www.unavarra.es/cultura/convocatoria-proyectos/proyectos?contentId=226674>

Ponencias presentadas:

- “Taller de reflexión sobre la enfermedad y la muerte”
- “Ley Foral de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte”

-15 th Congress European Association of Palliative care (EAPC). Madrid. 18-20 mayo. <https://www.eapc-2017.org/>-Presentación del Póster: Osés M, Casas JM. Factors Influencing the conceptualization in Palliative care.

20015-2016

-Septiembre 2015-julio 2016. Estancia doctoral. Beca Novadomus-Erasmus +. Universidad de Montreal. (Canadá). Desarrollo de un programa de formación continuada en cuidados paliativos para enfermería. Sigüientes actividades complementarias:

- -Curso Innovatives Approaches in Nursing Education. (Enfoques innovadores en formación para enfermería). Universidad de Montreal. Montreal. Canadá.
- -Asistencia a “Congrés canadien de soins palliative” (Congreso Canadiense de Cuidados paliativos). Ottawa.
- -Ponente en conferencia. Nouvelles stratégies pour la formation continue en soins palliatifs des infirmières espagnoles. (Nuevas estrategias para la formación continuada en cuidados paliativos de enfermeras españolas). Centro de innovación en formación enfermera (CIFI), Universidad de Montreal. Canadá.

- II Jornadas Doctorales Campus Iberus. Jaca 2-3 de julio. Presentación del póster: Oses M. Análisis de las aptitudes, actitudes y creencias de enfermería al final de la vida.

-Abril-junio. Estancia doctoral. Beca AUIP. Universidad Austral de Chile. Valdivia. Desarrollo de las siguientes actividades:

- Trabajo de campo.
- -Ponente en jornadas “Rol del Gestor del cuidado en España y Chile hoy”. Instituto de Enfermería. Universidad Austral de Chile.
- -Participación como docente clínica de alumnos de enfermería de 3er curso en el Servicio de Oncología del Hospital Base de Valdivia.
- Talleres y seminarios de divulgación del proyecto.

2014_____

-Encuentro internacional de investigación en cuidados. INVESTEN. Vitoria. 11-14 noviembre. Presentación de la comunicación oral breve. Empleo de la escala DAP-R para evaluar la actitud ante la muerte en enfermería.

2013_____

-Jornadas doctorales. UPPA/UPV-EHU. En calidad de estudiante de doctorado, invitada por la Escuela de Doctorado de la Université de Pau et des Pays de l’adour (UPPA) y en representación de la UPNA. Octubre. Arantzazu. Guipúzcoa.

PUBLICACIONES

-Osés Zubiri M, Casas Fernández de Tejerina JM, Seguel Palma F. Diferencias en las actitudes religiosas de profesionales de enfermería de España y Chile. En proceso de revisión editorial.

-Osés Zubiri M, Casas Fernández de Tejerina JM, Seguel Palma F. Actitudes hacia la muerte de profesionales de Enfermería de España y Chile. *Metas enferm.* dic2020; 23(10): 58-64.

Revista Metas de enfermería. Revista indexada en CINAHL (cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature: <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>), CUIDATGE (base de Datos Bibliográfica de la Universidad Rovira i Virgil: <http://teledoc.urv.es/cuidatge/>), CUIDEN (base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index: <http://www.index-f.com/new/acceso.php>), DIALNET (portal Bibliográfico de Literatura Científica Hispana: <https://dialnet.unirioja.es/>), ENFISPO (base de Datos de revistas de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid: <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo/>), IBECs (índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud: <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>), LATINDEX, (sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <https://www.latindex.org/latindex/inicio>), MEDES (base de datos bibliográfica de la Fundación Lilly: <https://medes.com/Public/MagazineSearch.aspx>), SCOPUS (base de datos: <https://www.scopus.com/home.uri>).

-Osés Zubiri M, Casas Fernández de Tejerina JM, Seguel Palma F. (2020). Competencias en fin de vida entre un grupo de enfermeros españoles y chilenos. *ENE*, 14(2), 14212.

Revista ENE Enferm. Revista indexada en LATINDEX, CINAHL, CUIDEN, Scielo. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/index>

-Osés Zubiri M, Casas Fernández de Tejerina JM, Seguel Palma F, Iuso Portilla M. Diferencias de afrontamiento de la muerte en enfermeros de España y Chile. *Revista Rol de Enfermería.* 2020;43(1): 52-60.

Revista ROL de enfermería. Indexada en base de datos ESCI JCR, CINHAL, CUIDEN, LATINDEX, IBECs, DIALNET, WORLCCAT, MEDES, ENFISPO Y IME. <https://www.e-rol.es/body.php>

-Osés M, Legault A, Martínez, AM. Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. Rev ENE Enferm. Vol.4 abril 2020.

-Osés Zubiri M, Casas Fernández de Tejerina JM. El proceso de muerte y su desarrollo conceptual en los cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. Rev Ética de los cuidados. 2017 ene-jun; 10(19).

Revista Ética de los Cuidados. Indexada en base de datos LATINDEX, CINAHL, CUIDEN, en la hemeroteca Cantárida y en el fondo de revistas a texto completo SUMMA CUIDEN. ISSN: 1988-7973 <http://www.index-f.com/eticuidado/estilo.php>

-Osés M. Actualidad en la formación de cuidados paliativos en los planes de estudio de la Facultades y escuelas de enfermería de España. Enferm Oncol. Vol 18 Nº3. Agosto 2016.

Revista Enfermería Oncológica de la Sociedad Española de Oncología. Indexada en base de datos DIALNET; DOAJ, EBSCO, CINAHL, CUIDEN.
<https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncologica/about> .

-Osés M. Cuidados paliativos de enfermería. Revista Pulso. Colegio enfermería de Navarra. Enero 2017.

Revista PULSO. Revista del Colegio de Enfermería de Navarra. Indexada en base de datos CUIDEN. Tipo EC-S- ISSN 1137-8913. <https://www.enfermerianavarra.com/normas-publicacion>