



ORIGINAL

Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte[☆]

Jacqueline Schmidt-RioValle^{*}, Rafael Montoya-Juarez, Concepción P. Campos-Calderon, M. Paz Garcia-Caro, Diego Prados-Peña y Francisco Cruz-Quintana

Grupo de investigación CTS-436, «Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad», Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 8 de noviembre de 2010; aceptado el 23 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 3 de diciembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Competencia;
Formación;
Cuidados paliativos;
Afrontamiento

Resumen

Objetivos: Evaluar el efecto de un programa de formación en cuidados paliativos dirigido a estudiantes de ciencias de la salud, usando la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte.

Método: Estudio cuasi-experimental. Se desarrolló un programa de formación dirigido a futuros profesionales de la salud (enfermería, medicina, psicología, terapia ocupacional y fisioterapia) que participaron voluntariamente y cuyo único criterio de selección es que no hubiesen tenido formación previa en cuidados paliativos. La duración del curso fue de 45 horas, distribuidas en 15 semanas, desde octubre de 2008 a febrero de 2009. Iniciaron el programa 90 participantes, de los cuales tres abandonaron la formación, finalizando 87. Al inicio y al final del mismo se administró la «escala de Bugen de afrontamiento de la muerte» a los 87 participantes para determinar su grado de afrontamiento de la muerte en cada uno de los momentos.

Resultados: De los 87 participantes un 74% son mujeres y el resto hombres. La edad media es de 21,35 años. La mayoría de los participantes son de enfermería (64%), seguidos de terapia ocupacional (23,6%), psicología (5,6%), por último medicina y fisioterapia (2,2%). Se encontraron diferencias significativas respecto al afrontamiento de la muerte tras el programa formativo ($p=0,000$). Antes del mismo la media era de $121,46 \pm 19,7$ y tras el curso la media fue de $158,16 \pm 20,6$. En dicha escala la puntuación mínima es de 30 y la máxima de 210; valores inferiores a 105 puntos (percentil 50) indican afrontamiento inadecuado y valores superiores a 147 (percentil 70) indican afrontamiento adecuado.

Conclusiones: A la vista de los resultados podemos decir que se trata de un programa de formación que mejora considerablemente el afrontamiento ante la muerte de los futuros profesionales de ciencias de la salud. Según la bibliografía consultada, un mejor afrontamiento de la muerte permite a los profesionales sanitarios un incremento de la calidad asistencial en los procesos de fin de vida.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆] Comunicación Oral presentada en el 8.º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos celebrado en A Coruña.

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jschmidt@ugr.es (J. Schmidt-RioValle).

KEYWORDS

Competence;
Education;
Palliative care;
Coping

The effects of a training program on coping with death in palliative care**Abstract**

Objective: To evaluate a training program in palliative care for Health Science students using Bugen's Coping with Death Scale.

Method: Quasi-experimental research. A training program was designed for future health professionals (nursing, medicine, psychology, occupational therapy and physiotherapy). Students' participation was voluntary. The sole selection criterion was not having previous training in palliative care. The course duration was 45 hours over 15 weeks from October 2008 to February 2009. A total of 90 participants started the program, and 87 completed it (three stopped attending). Bugen's Coping with Death Scale was filled in by all participants both at the beginning and at the end of the program in order to establish their coping skills before and after the program.

Results: Of the 87 participants, 74% were female, with the rest being male. The mean age was 21.35 years. Most participants were nurses (64%), followed by occupational therapy (23.6%), psychology (5.6%), and finally medicine and physiotherapy (2.2%). A clear difference could be observed in coping skills before and after the program ($p=.000$). Before the training program the average score was 121.46 ± 19.7 , while after the course it was 158.16 ± 20.6 . The Scale's minimum score is 30, the maximum being 210. Values below 105 (percentile 50) indicate inadequate coping and values above 147 (percentile 70) indicate adequate coping.

Conclusions: According to the results it can be said that this training program dramatically improves coping skills of future professionals in Health Sciences. The literature reviewed indicates that good coping skills allow health professionals to offer better care to patients in end of life processes.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El afrontamiento del dolor y la muerte constituyen una de las tareas más difíciles y estresantes a las que se enfrentan los estudiantes de ciencias de la salud^{1,2}. Existe una larga trayectoria en Estados Unidos y Canadá en la formación normalizada de los profesionales, que van a estar en contacto directo con los pacientes terminales y moribundos³⁻¹². En nuestro país, cada vez se alzan más voces demandando una formación específica para los profesionales de ciencias de la salud¹³⁻¹⁸. Para desarrollar una atención adecuada a los pacientes en proceso de fin de vida y a sus familiares, son necesarias habilidades específicas, no solo para comunicarse sobre el tema de la muerte y proporcionar apoyo emocional a los pacientes y a sus familiares, sino también habilidades y formación muy prácticas tales como información sobre el funeral y el cuidado físico del moribundo. Asimismo, se insiste en la necesidad de hacer frente de forma profesional y responsable a la constante demanda social de un trato más humanizado y sensible ante las necesidades de los usuarios. Para que esto sea posible es necesario que los profesionales sanitarios estén capacitados para poder asesorar y apoyar a los sujetos en procesos de fin de vida. Los profesionales que se sienten competentes y afrontan mejor la muerte son más eficaces en el desempeño de su labor asistencial¹⁹. El énfasis en la competencia puede ser importante para evaluar los resultados de la educación sobre la muerte²⁰. Diversos estudios relacionan el afrontamiento de los pacientes en relación con la práctica profesional del personal de enfermería; de modo que, el grado de afrontamiento de los pacientes, y por tanto, de satisfacción, se incrementa con intervenciones

adecuadas^{21,22}. Incidiendo en la importancia de la formación adecuada para poder implementar dichas intervenciones.

Los programas de educación sobre la muerte son intervenciones complejas que incorporan varios principios de la teoría del cambio de actitudes. La formación incluye provisión de información, apoyo, asesoramiento y varias técnicas de reflexión que son eficaces a la hora de atraer a los participantes y responder a sus necesidades y motivaciones. En el caso de la educación sobre la muerte es evidente que no es posible proporcionar una experiencia directa con la misma. Pero, es posible utilizar métodos más o menos indirectos que permitan estimular actitudes relacionadas con ella, y de este modo abrirlas al cambio. Estos métodos incluyen películas, vídeos, «role playing», visitas o charlas con enfermos terminales o con personas en proceso de duelo y ejercicios experienciales²³. Los grupos de discusión son otros de los elementos esenciales en los programas eficaces²⁴. La visualización de películas sobre estos temas fue una de las estrategias didácticas, algunos ejercicios experienciales relacionados con la muerte son realizar el certificado de defunción y establecer un límite a la propia vida de 24 horas. Esta metodología debe ser empleada con cierta cautela, ya que es importante que exista un elevado grado de confianza y cohesión en el grupo de estudiantes; de modo que las emociones y sentimientos respecto a la muerte que se ponen en juego puedan ser reconducidas dentro del grupo²⁴.

La escala de afrontamiento de la muerte de Bugen (anexo 1)²⁵ surgió en el contexto de los cuidados paliativos u «hospice». Bugen ofreció formación orientada al desarrollo de las habilidades de los voluntarios de los «hospice» e ideó una escala, que incluía competencias específicas que

los voluntarios deberían tener después de su formación. La escala de Bugen ha servido para operacionalizar la noción de competencia ante la muerte, ha sido utilizada para valorar el afrontamiento en diferentes colectivos^{3,4,11,26} y ha sido validada en español y para la población española²⁷.

Objetivo

Evaluar el efecto de un programa de formación en cuidados paliativos dirigido a estudiantes de ciencias de la salud, utilizando la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte.

Material y método

Se realizó un estudio cuasi-experimental²⁸. Ochenta y siete estudiantes de ciencias de la salud (enfermería, medicina, psicología, terapia ocupacional y fisioterapia) participaron en un programa de formación en cuidados paliativos durante 15 semanas.

Durante el primer cuatrimestre del curso académico 2008-2009 se ofertó entre los estudiantes la realización de un programa de formación para mejorar la actuación ante enfermos terminales y moribundos, así como en la relación y el trabajo con los familiares de dichos pacientes. Este programa se presentó a los alumnos como asignatura de libre configuración en la Universidad de Granada, España.

Sujetos del estudio

Estudiantes de ciencias de la salud que voluntariamente quisiesen participar en un programa de formación de que aumentase su competencia ante la muerte. El único criterio de exclusión era que hubiesen participado previamente en otro programa de formación en cuidados paliativos o que hubiesen realizados prácticas en unidades de cuidados paliativos. Se dieron instrucciones generales explicando el motivo del estudio, las características del instrumento, se les informó que podían rehusar a participar en cualquier momento y se indicó que la participación era voluntaria. Se recabaron datos sociodemográficos como el sexo y la edad; así como datos relacionados con el nivel de estudios: carrera y curso en el que estaban matriculados. Todos ellos dieron su autorización. Iniciaron el programa de 3 horas semanales 90 participantes, de los cuales tres abandonaron, finalizando 87 estudiantes las 15 semanas programadas.

Fase de intervención

La fase de intervención se circunscribe al programa de formación durante el primer cuatrimestre del curso académico 2008-2009. El objetivo de la formación era promover el conocimiento del proceso de morir situando los obstáculos culturales, sociales y personales ante la muerte y el morir en nuestra sociedad. Desarrollar el conocimiento, las habilidades y actitudes necesarias para atender a las personas en este momento final de la vida. Conocer el proceso de la enfermedad terminal, la agonía, la muerte y los procesos de duelo. Capacitar a los futuros profesionales para la promoción de una óptima calidad de vida en el enfermo, familia y equipo multidisciplinar.

Tabla 1 Contenido del programa de formación

Bloque I. Introducción a los cuidados paliativos: definición y objetivos. Criterios que definen la fase terminal. Bases generales de actuación terapéutica. Requerimientos en el tratamiento de la fase terminal. El equipo de cuidados paliativos: composición y funcionamiento.
Bloque II. La muerte y el morir: aspectos culturales, antropológicos, psicosociales y espirituales. El problema de la muerte en la sociedad actual. Disciplinas científicas y conceptualización de la muerte. Curar / Paliar: hacia otra mentalidad de los profesionales y de la sociedad.
Bloque III. Evaluación e intervención psicosocial: perspectiva paliativa en las profesiones sanitarias. La relación terapéutica como marco de la evaluación e intervención psicosocial. Áreas de evaluación psicosocial. Intervención psicosocial. Evaluación e intervención con la familia. Evaluación e intervención con el equipo.
Bloque IV. Aspectos éticos en cuidados paliativos: un debate necesario y clarificador. La sobreactuación terapéutica. Cuidados paliativos y eutanasia. Testamento vital.

Los docentes que participaron en el programa pertenecen al grupo CTS-436 y están vinculados a la docencia universitaria, docencia posgrado y asistencia. En concreto este programa se inició en el curso académico 2000-2001, y ha ido sufriendo variaciones hasta el momento actual, en el que se ha diseñado para que los estudiantes adquieran las competencias en cuidados paliativos que se recogen en los títulos de grado.

Para llevarlo a cabo se desarrollaron sesiones teóricas y talleres prácticos. La duración del curso fue de 45 horas, distribuidas en 15 semanas. La formación incluía transmisión de información circunscrita a las clases teóricas. El criterio establecido para escoger el diseño y los temas ha sido partir de conceptos generales de cuidados paliativos para llegar a cuestiones éticas, enmarcándolas en la relación terapéutica (tabla 1). En los talleres se trabajaron: aspectos prácticos (cuidados de confort, protocolos posmortem); aspectos emocionales (gestión de las emociones, apoyo, asesoramiento); de comunicación (manejo de las malas noticias, gestión de la información), y técnicas de reflexión (por qué se producen bloqueos) (tabla 2). Con ello se pretendía dotar a los estudiantes de conocimientos y capacidades que les permitieran enfrentarse a situaciones concretas que se pudieran encontrar en la práctica clínica.

Al inicio y al final del mismo se administró la «escala de Bugen de afrontamiento de la muerte» a los participantes para determinar su grado de afrontamiento de la muerte en cada uno de los momentos; incluye ítems relacionados con las competencias específicas que deben adquirir, como conocimientos prácticos, habilidades de comunicación con moribundos y familiares. La escala consta de 30 ítems, cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 1, 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones. En dicha escala la puntuación mínima es de 30 y la máxima de 210; valores inferiores a 105 puntos (percentil 50) indican afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 (percentil 75)

Tabla 2 Talleres desarrollados

Taller I. Visionado del documental de la BBC «El fin de la vida».
Taller II. Seminario-coloquio en el cual un equipo de profesionales que trabajan en una unidad de paliativos explica en que consiste su labor.
Taller III. Lectura en pequeños grupos de casos clínicos publicados o/y reales.
Taller IV. Trabajo de situaciones de comunicación de malas noticias y acompañamiento emocional durante el proceso de fin de vida y el duelo. La técnica empleada es el «Role-playing» y la discusión de situaciones en grupo.
Taller V. Taller experiencial en el que los alumnos deben completar el documento de voluntades anticipadas o «testamento vital».
Taller VI. Taller experiencial se administran distintos documentos (certificado de defunción, permiso de traslado de los cuerpos...) y se informan sobre cuestiones prácticas en relación con los aspectos legales y burocráticos de la defunción.

afrentamiento óptimo. Ha sido validada su versión española en el año 2007 mostrando una elevada fiabilidad (alfa de Cronbach superior a 0,80).

Durante los cuatro meses en los que tuvo lugar el programa de formación, todos los participantes realizaron con normalidad su actividad discente, y ninguno de ellos realizó prácticas hospitalarias.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0 (Statistical Package for Social Science).

Para el análisis de la fiabilidad se realizó un alfa de Cronbach.

Análisis descriptivo de los participantes en el estudio, calculando medias y desviaciones típicas para la variable cuantitativa (edad y escala de Bugen). Frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (estudios, curso en el que están matriculados y sexo). Para determinar si el programa de intervención suponía un cambio en el grado de afrontamiento, se llevó a cabo un análisis bivariado o inferencial, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra se optó por la estadística paramétrica, en concreto se aplicó el test de la t de Student para muestras relacionadas (con un intervalo de confianza del 95%), comparando la puntuación obtenida en la escala de Bugen por cada uno de los participantes antes y después del programa de intervención. Se realizó una ANOVA para comparar la puntuación obtenida por hombres y mujeres antes y después de la intervención.

Resultados

La edad media de los participantes es de $21,35 \pm 3,6$ años, oscilando entre 17 de mínima y 28 de máxima. De los 87 estudiantes el 75,9% son mujeres y el resto hombres (tabla 3).

Tabla 3 Datos sociodemográficos y de formación

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	66	75,9
Hombre	21	24,1
Titulación		
Enfermería	57	65,5
Fisioterapia	2	2,3
Terapia ocupacional	21	24,1
Psicología	5	5,7
Medicina	2	2,3
Curso		
Primero	23	26,4
Segundo	10	11,5
Tercero	47	54,1
Cuarto	7	10

La mayoría de los participantes son estudiantes de enfermería (64%), seguidos por los de terapia ocupacional (23,6%), psicología (5,6%), medicina y fisioterapia (2,2%). El 26,4% están matriculados en primero, el 11,6% en segundo, el 54% en tercero y un 8% en cuarto de carrera (tabla 3).

- El instrumento muestra una elevada fiabilidad antes y después de programa de intervención, con un alfa de Cronbach de 0,823 y 0,895, respectivamente (tabla 4).
- Antes de la intervención la puntuación media en la escala de Bugen fue de $121,46 \pm 19,7$. Tras el periodo de 15 semanas la puntuación media fue de $158,16 \pm 20,6$. Encontrándose diferencias significativas respecto al afrontamiento de la muerte tras el programa formativo ($p=0,000$) (tabla 4).

Teniendo en cuenta las características de los estudiantes que han participado en el programa de formación, no se hayan encontrado diferencias entre hombres y mujeres ($p > 0,050$), ni antes ni después de la intervención (tabla 5). Con respecto a la titulación y curso que están matriculados, se aportan datos descriptivos del afrontamiento ante la muerte antes y después de la intervención (tabla 5).

Discusión

La participación mayoritaria de mujeres concuerda con el grupo humano que realiza estudios universitarios en ciencias de la salud. De hecho, en todos aquellos estudios realizados a estudiantes de estas titulaciones y a los posgraduados que realizan su actividad profesional se mantienen las mismas proporciones^{1,11}, e incluso en algunos el porcentaje de hombres disminuye de forma ostensible²⁷.

Encontramos una participación mayoritaria de estudiantes de enfermería frente a los de otras disciplinas, sin duda esto puede deberse a que la oferta se realiza desde el Departamento de Enfermería.

La edad en la mayoría de los estudios que se realizan a estudiantes universitarios coincide con los rangos de nuestro grupo de estudio^{1,11,16,27}.

Tabla 4 Fiabilidad de la escala y grado de afrontamiento de los participantes en la intervención

Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (n = 87)	Preintervención	Postintervención
Alfa de Cronbach	0,823	0,895
Media \pm desviación típica	121,46 \pm 19,7	158,16 \pm 20,6
Afrontamiento inadecuado*	20,9%	3,4%
Afrontamiento óptimo*	1,5%	55,2%

Nota *Valores inferiores a 105 puntos (percentil 50) indican afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 (percentil 75) afrontamiento óptimo.

Los datos obtenidos debemos considerarlos con cierta prudencia, el éxito del programa de formación podría verse incrementado por el hecho de que han participado jóvenes que están realizando una carrera sanitaria y que probablemente se han planteado que tendrán que trabajar con personas enfermas y en proceso de fin de vida. Sin embargo, el hecho de haber empleado un instrumento diseñado específicamente para valorar la competencia ante la muerte nos asegura la consistencia metodológica¹⁹. Podemos decir que el programa de formación ha servido para mejorar la competencia ante la muerte de los participantes. El desarrollo del programa experiencial ha contribuido a aumentar la conciencia de las actitudes personales hacia la muerte, a crear una atmósfera que ha permitido al grupo fomentar, compartir y aceptar dichas actitudes. Los participantes refieren un incremento en la competencia percibida; de modo que expresan sentirse más preparados y capaces de trabajar con pacientes en procesos de fin de vida¹⁹.

En el año 2004, Brysiewicz y McInerney³ pusieron en marcha un taller dirigido al personal de enfermería, que posteriormente se abrió a otros trabajadores relacionados con la sanidad (farmacéuticos, fisioterapeutas, higienistas orales...), para ello utilizaron la escala de Bugen de

afrontamiento de la muerte. Los autores pretendían determinar la existencia de habilidades relacionadas con el afrontamiento a la muerte de los pacientes a los que atendían. Al finalizar el estudio detectaron diferencias significativas en el pretest y postest entre el grupo de estudio y el grupo control; nuestros resultados están en la línea de lo observado por dichos autores. En el año 2005, Kwekkeboom et al.⁹ promovieron la participación de estudiantes de enfermería en un programa de cuidados paliativos utilizando en esta ocasión diversos instrumentos (Palliative Care Quiz for Nurses; Attitudes Towards Palliative Care y Concern About Caring for Dying Patients) antes y después de la intervención sin que encontrasen diferencias significativas entre el grupo de estudio y el grupo control. A pesar de ello, indican como hecho favorable el que los estudiantes de enfermería participantes describiesen la experiencia como positiva y gratificante; la no constatación de diferencias significativas se puede deber al propio programa o incluso a los instrumentos utilizados. Más recientemente, en el año 2007, Claxton-Oldfield et al.¹¹ llevaron a cabo un programa de formación, que consistió en 9 sesiones distribuidas semanalmente de tres horas cada una de ellas. Encontraron diferencias respecto a la escala de Bugen, los

Tabla 5 Estadísticos descriptivos para la muestra pre- y postintervención en función del sexo, titulación y curso

Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (n = 87)	Preintervención media \pm desviación típica	Postintervención media \pm desviación típica
<i>Sexo</i>		
Mujer	122,20 \pm 19,8	158,06 \pm 21,3
Hombre	117,73 \pm 20,2	158,48 \pm 19,1
<i>Significación</i>		
	0,512	0,933
<i>Titulación</i>		
Enfermería	122,41 \pm 19,4	158,93 \pm 18,3
Fisioterapia	109,50 \pm 12,0	155,50 \pm 45,9
Terapia ocupacional	115,69 \pm 20,4	155,24 \pm 21,9
Psicología	142,00 \pm 14,7	171,20 \pm 26,4
Medicina	114,00 \pm 20,2	137,00 \pm 38,2
<i>Curso</i>		
Primero	120,95 \pm 21,8	166,43 \pm 21,1
Segundo	117,25 \pm 5,4	154,40 \pm 20,8
Tercero	120,53 \pm 20,5	154,43 \pm 17,9
Cuarto	136,40 \pm 17,9	161,43 \pm 31,46

participantes en dicho programa eran más eficientes a la hora de enfrentarse y afrontar la muerte tras las nueve semanas de preparación; nuestros resultados coinciden con los de estos autores.

Por tanto, podemos decir que aquellos sujetos que participan en programas de formación bien diseñados mejoran su afrontamiento de modo que se sienten más seguros y preparados a la hora de trabajar con pacientes terminales y moribundos. Serán profesionales mejor preparados y cualificados a la hora de trabajar en servicios de cuidados paliativos, o en aquellas situaciones que tengan que intervenir con pacientes en procesos de fin de vida.

La escala de Bugen de afrontamiento de la muerte es un instrumento adecuado para valorar la adquisición de las competencias necesarias para trabajar con los pacientes terminales y sus familias, y por tanto, podemos decir que permite medir de modo indirecto las bondades del propio programa de formación.

Creemos que podría ser utilizado como instrumento de cribado, entre los profesionales, para detectar aquellos casos en los que sería necesaria una formación tanatológica, incluso nos podría indicar aspectos específicos que trabajar para mejorar su competencia profesional en esta área.

Pensamos que este programa de formación destinado a los alumnos podría ser aplicable a profesionales en activo, pero es necesario implementarlo para confirmar su eficacia y utilidad entre los profesionales.

Limitaciones del estudio

Existe cierto riesgo de sesgo debido a la selección de los participantes. Concretamente en cuanto al acceso a los sujetos al estudio, al tratarse de un grupo de voluntarios y no ser un muestreo aleatorio. El ser voluntarios no podemos obviar el hecho de un mayor interés en la temática, los cuidados paliativos, lo cual condiciona el probable éxito del programa (si bien como explicitamos al principio el criterio de exclusión era tener formación previa o/y contacto con la unidad de paliativos previos). Una limitación importante es que no se pueden realizar análisis comparativos por titulaciones, cursos y edad de los participantes, ya que no tenemos grupos homogéneos que nos permitan determinar las variaciones del grado de afrontamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1.

A.1. Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (1980-1981)

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

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

Totalmente en
desacuerdo

Neutral

Totalmente
de acuerdo

Valoración

- _____ 1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.
 _____ 2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.
 _____ 3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.
 _____ 4. Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.
 _____ 5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.
 _____ 6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.
 _____ 7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.
 _____ 8. Me siento preparado para afrontar mi muerte.
 _____ 9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.
 _____ 10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.
 _____ 11. Estoy familiarizado con lo arreglos previos al funeral.
 _____ 12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.
 _____ 13. Mi actitud respecto a la vida a cambiado recientemente.
 _____ 14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.

- _____ 15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.
- _____ 16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.
- _____ 17. Me importa más la calidad de vida que su duración.
- _____ 18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.
- _____ 19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.
- _____ 20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.
- _____ 21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.
- _____ 22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.
- _____ 23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.
- _____ 24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.
- _____ 25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.
- _____ 26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.
- _____ 27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.
- _____ 28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.
- _____ 29. Me puedo comunicar con los moribundos.
- _____ 30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.

Nota. Claves para la corrección para la Escala de Afrontamiento de la Muerte. Las puntuaciones de la Escala de Afrontamiento de la Muerte se obtienen invirtiendo primero los ítems 13 y 24 y sumando luego todas las puntuaciones.

Bibliografía

- Benbunan-Bentata B, Alfaya Góngora MM, Chocrom S, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Roa Venegas JM. El impacto emotivo del hospital, Implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de Enfermería. *Rev ROL Enferm.* 2007;28:675-82.
- Cruz Quintana F, García Caro MP, Schmidt Rio-Valle J, Navarro Rivera MC, Prados Peña D. Enfermería, familia y paciente terminal. *Rev ROL Enferm.* 2001;24:664-8.
- Brysiewicz P, McInerney PA. A pilot study of competency amongst health workers in the Uthukela District in Kwazulu-Natal. *Curatationis.* 2004;27:43-8.
- Robinson C. The influence of experiential thanatology education on attitudes toward death and dying. *Gerontologist.* 2004;44:137-9.
- Mooney DC. Tactical reframing to reduce death anxiety in undergraduate nursing students. *Am J Hosp Palliat Care.* 2005;22:427-32.
- Wetle T, Shield R, Teno S, Miller SC, Welch L. Family perspectives on end-of life care experiences in nursing homes. *Gerontologist.* 2005;45:642-51.
- Kwekkeboom KL, Vahl C, Eland J. Companionship and education: a nursing student experience in palliative care. *J Nurs Educ.* 2005;44:196-206.
- Hwang HL, Lin HS, Chen WT. Evaluation of life and death studies course on attitudes towards life and death among nursing students. *Kaohsiung J Med Sci.* 2005;21:552-60.
- Kwekkeboom KL, Vahl C, Eland J. Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care. *J Palliat Med.* 2006;9:90-9.
- Smith-Cumberland TL, Feldman RH. EMTs' attitudes' towards death before and after a death education program. *Prehosp Emerg Care.* 2006;10:89-95.
- Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death anxiety and death competency: the impact of a palliative care volunteer training program. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007;23:464-8.
- McNamara C, Sadler C, Kelly D. Involving cancer patients in the education of healthcare professionals. *Cancer Nurs Practice.* 2007;6:29-34.
- Busquet Duran F, Pujol Sabanés T. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Med Pal.* 2001;8:116-9.
- Cruz Quintana F, García Caro MP, Schmidt Rio-Valle J, Prados Peña D, Muñoz Vinuesa A, Pappous A. Cuestiones en relación a la formación pregrado en cuidados paliativos. *Enferm Oncol.* 2005;1:11-3.
- Núñez Olarte JM, Guillén G. Cultural issues and ethical dilemmas in palliative an end-of-life care in Spain. *Cancer Control.* 2001;8:46-54.
- Campos Aranda M, Rojas Alcántara P, Armero Blanco D, González Quijano A, Pérez G, Hernández Rojas VM. Demandas ante un proceso de muerte. *Enferm Global.* 2002;1:22-5.
- Colell BR, Limonero GT, Otero MD. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Invest Salud.* 2003;5:104-12.
- Bregel Gabaldón F. Hablando de la muerte en el aula. *Educare [revista electrónica]* 2004; 21 [consultado 4 May 2007]: Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>
- Robbins RA. Death competency: a study of hospice volunteers. *Death Stud.* 1992;16:557-69.
- Robbins RA. Competencia ante la muerte: escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y escala de autoeficacia frente a la muerte. En: Neimeyer RA, editor. *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte.* Barcelona: Ediciones Piados; 1997. p. 159-74.
- Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nurs.* 2004;4:320-4.
- Nagel TJ. Help patients cope with chemo. *RN.* 2004;67:25.
- Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *J Hosp Palliat Nurs.* 2005;7: 212-8.
- Aradilla Herrero A, Tomás Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin.* 2006;16:321-6.
- Bugen LA. Coping: Effects of death education. *J Death Dying.* 1980-1981;11:175-83.
- 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 Cataluña. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
27. Schmidt Rio-Valle J, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez MC, Roa Venegas JM. Validación de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte. *Enfermería Oncológica*. 2007;10:64-9.
28. Montero I, León OS. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5:115-27.