

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

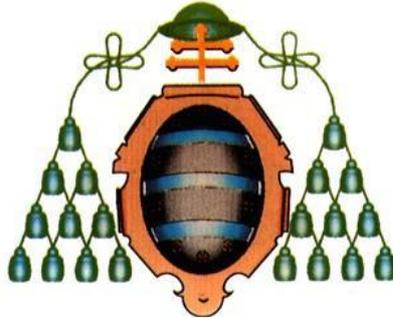
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de Cuidados Críticos”

Sonia Fernández Garmilla

10 de Julio de 2012

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de Cuidados Críticos”

Trabajo Fin de Máster

Autora:

Sonia Fernández Garmilla

Tutor:

Isaac Amigo Vázquez

Cotutor:

Jose Ángel Rguez Getino



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

ISAAC AMIGO VÁZQUEZ, Catedrático de Análisis y Modificación de Conducta. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

JOSE ÁNGEL RODRÍGUEZ GETINO, Doctor en Medicina y Cirugía, Profesor Titular de Medicina Legal y Forense, Profesor del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos.

CERTIFICAN:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. SONIA FERNÁNDEZ GARMILLA , titulado “ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS”, realizado bajo nuestra dirección dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a uno de Junio de 2012.

Vº Bº

Vº Bº

Fdo. ISAAC AMIGO VÁZQUEZ
Tutor del Trabajo

Fdo. JOSE ÁNGEL RODRÍGUEZ GETINO
Cotutor del Trabajo

ÍNDICE

1. Introducción.....	7
2. Hipótesis y objetivos.....	19
3. Metodología y plan de trabajo.....	20
3.1.Tipo de investigación.....	20
3.2.Población a estudio.....	20
3.3.Ámbito de estudio.....	21
3.4.Variable a estudiar.....	22
3.5.Método de recogida de la información.....	24
3.6.Análisis estadístico.....	27
3.7.Limitaciones del estudio.....	28
3.8.Consideraciones éticas.....	28
4. Resultados.....	29
5. Discusión.....	34
6. Conclusiones.....	39
7. Bibliografía.....	40
8. Anexos.....	45

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El fenómeno de la muerte y su institucionalización. Medicina y muerte

La Real Academia Española define la muerte como la cesación o término de la vida, más técnicamente, incapacidad para mantener la homeostasis. Bernat¹ la define como “el cese permanente del funcionamiento del organismo como una totalidad”. El Comité Sueco para la Definición de la Muerte¹ expresó: “La muerte es la pérdida irreversible de la capacidad para integrar y coordinar las funciones del organismo, físicas y mentales, dentro de una unidad funcional”. Pero la trascendencia de este concepto va mucho más allá de una mera definición. En esta línea, Ferrater² expone: “Si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o si se quiere, como una realidad problemática para la cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada”. Es un hecho universal, inevitable, que resulta familiar y natural, pero a la par desconocido y agresivo. Su imprevisibilidad es una de sus características más angustiantes.

Desde el principio de la humanidad es un hecho que ha marcado el transcurso de la vida de las personas, ya que son eventos inseparables, sin la vida no hay muerte y sin la muerte no hay vida. Actualmente se afirma que lo que nos distingue como humanos son la autoconciencia y la conciencia de la muerte propia. Estos hechos suponen un salto cualitativo en la evolución de la especie humana. Vemos que el hombre es el único animal que entierra a sus muertos, y como resultado de sus rituales funerarios observamos la aparición del temor y respeto hacia la muerte. Estos nuevos miedos desencadenan, como cualquier otra amenaza, una serie de mecanismos de defensa, dos en este caso. Por un lado, la mitologización (representada fundamentalmente por la religión) y por otro lado, la intelectualización (representada por la filosofía).³ Estos dos mecanismos generan dos actitudes diferentes ante la muerte. Antes de describirlas, me parece

importante definir lo que queremos decir con actitudes. Según citan Maza et al² en su estudio: “Las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección”. Estas dos actitudes serían: una primera representada por el materialismo científico que no acepta la vida después de la muerte, y una segunda que creería en el más allá, estando reforzada por la religiones.⁴

La manera en que los seres humanos han manejado la muerte y todo lo que la rodea, ha variado a lo largo de la historia. A principios de la Edad Media, la muerte se consideraba un hecho totalmente natural, no suponía una conmoción si tenía lugar en circunstancias normales y se aceptaba como un elemento más de la vida cotidiana, formando parte del día a día en los hogares. Con el paso de los siglos se toma conciencia de que la muerte supone el fin de la existencia y los temores que esto genera se ven reflejados en la localización de los cementerios, ya que los sacaban de la ciudad para intentar alejar la muerte. En el siglo XVII la muerte se clericaliza y todo el proceso pertenece a la Iglesia, que lo enfoca aceptando la muerte como un medio para vivir mejor.

Sin embargo, el cambio más importante comienza a tener lugar en los siglos XVII y XVIII, cuando la muerte pasa a estar medicalizada, alejándose del dominio religioso e irrumpiendo como un problema médico.³ Los médicos van a sustituir a los hombres de la Iglesia en este tema. No luchaban contra la muerte, si no que ayudaban en lo que les era posible sin pretender modificar el curso natural de la vida, ya que no era su papel.⁵ La religión va a perder importancia pero va a seguir influyendo de manera muy destacada en el modo de ver y tratar la muerte.

A partir del siglo XIX y hasta la actualidad, fundamentalmente en las zonas más industrializadas y urbanizadas, se inicia un proceso muy llamativo: la deshumanización de la muerte, el

desplazamiento de los moribundos desde los hogares a los hospitales.³ En la sociedad actual, la muerte en casa tampoco tendría la misma cabida que hace unos siglos, ya que la estructura de las familias ha cambiado sustancialmente. El hombre ya no es el protagonista de su muerte y son los profesionales sanitarios lo que organizan los diferentes tipos de ritos. Se acepta la muerte en el hospital como la “muerte normal”, poniendo todas las expectativas en la eficacia de las técnicas médicas. Se da la espalda a la muerte, convirtiéndola en algo impersonal, en un tema tabú entendida como el fracaso de la medicina y no como el fin irreversible de la vida.¹

Se inicia así una cultura de negación de la muerte, dando un enfoque técnico a los cuidados cuando es un momento que exige una posición eminentemente humana.⁵ La formación en medicina actual cubre solo una parte de la realidad, ya que está orientada como si todos los pacientes tuvieran posibilidades de eludir la muerte y lograr una curación total.¹ El alto grado de tecnología que se llega a aplicar permite la supervivencia de pacientes con un mal pronóstico inicial, centrándose más en la cantidad de tiempo que se mantiene vivo al paciente que en la calidad de vida durante ese tiempo.

La tendencia actual es que el paciente recupere su autonomía, dejando de lado el paternalismo médico y defendiendo su propio derecho a decidir.

1.2. Cuidados Intensivos. Características. Medicina Intensiva.

El traslado de la muerte a los hospitales es un hecho, y aunque tienen todo tipo de recursos técnicos, no queda claro que sean los lugares más propicios para morir dignamente. Un ejemplo de esto son las Unidades de Cuidados Críticos.

La aparición del concepto de Cuidados Intensivos se relaciona con los trabajos de la enfermera Florence Nightingale, quien ya en 1854 durante la Guerra de Crimea consideró que era necesario separar y colocar más cerca del puesto de enfermería a los soldados en estado de gravedad de

aquellos que solo tenían heridas leves para cuidarlos de manera especial. Con esta y otras medidas (entre ellas mejoras en la higiene y la nutrición) logró reducir la tasa de mortalidad de la batalla de un 40% a un 2%.⁶

Dentro de la estructura de los hospitales, las Unidades de Cuidados Críticos suponen un elemento fundamental. El desarrollo de la medicina intensiva ha modificado sustancialmente el concepto de muerte. Nace como una medicina de élite contra la muerte que por su enfoque centrado en la curación y preservación de la vida potencia el concepto médico de muerte equivalente a fracaso de la medicina en lugar de considerarlo un hecho natural. En la actualidad, hay un gran número de ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que terminan en fallecimiento, debido a la edad avanzada de los pacientes y a la pluripatología de base, confirmándose como la tendencia que va a permanecer en el futuro. Se llega a afirmar que el 20% de las muertes tiene lugar en estas unidades de críticos.^{7,8} Esto en parte se debe a que la edad ya no es un criterio de no-ingreso en estas unidades y al aumento de la esperanza de vida.

Como ya he comentado anteriormente, las Unidades de Cuidados Críticos no se adaptan a la realidad social y sanitaria existente en relación a la muerte hospitalaria, tanto por la dinámica de trabajo que en ellas se establece por parte de los profesionales sanitarios, como por la estructura arquitectónica, que no favorece la intimidad y recogimiento deseables en situaciones terminales. Estos aspectos generan insatisfacción tanto del personal como del paciente y su familia.

Comparadas con unidades comunes de hospitalización, queda relevancia de que no están pensadas para ofrecer las condiciones óptimas ni apropiadas ante la muerte de los pacientes.

Estas unidades suelen estar diseñadas de manera que el paciente siempre esté expuesto a la visión del profesional. Comúnmente, el control de enfermería está en el centro de la unidad, de forma que las enfermeras puedan mantener en su campo de visión de forma constante las camas de los pacientes. Las camas están en un sitio abierto con cortinas que delimitan el espacio de cada

paciente o bien en boxes con cristalerías para poder observar al paciente. Queda patente que el objetivo primordial es mantener una vigilancia continua y no la intimidad en su sentido estricto, lo que por otra parte es justificable por las exigencias del estado crítico del paciente. Esta disposición limita y reduce la intimidad que aporta una habitación cerrada por cuatro paredes. En esta línea Godoy ⁹ se pregunta si además de salvar una vida en la UCI, podemos salvar también la dignidad de la persona. ¿Podemos ante estas circunstancias adaptar una unidad enfocada al tratamiento intensivo del enfermo crítico en un lugar propicio para que se desarrolle el proceso de la muerte?

Son lugares dotados de adelantos tecnológicos e infraestructura muy especializada, dentro de un entorno agresivo que además incluye generalmente unas normas estrictas y unos rígidos horarios de visita. Se proporcionan cuidados de alto nivel técnico a pacientes en estado crítico por profesionales altamente cualificados. La primera impresión que nos ofrece el paciente es la de un objeto comatoso, intubado, conectado a varios monitores, drogado, inconsciente y expropiado de sus apoyos y redes sociales. Todo esto choca con la intimidad, la dignidad y el respeto que deberían estar presentes en la muerte del paciente.^{7,9,10}

Pagola ¹¹ refiere que “Durante estos últimos años se ha impuesto un “nuevo estilo de morir”. Hoy se muere más tarde y también de forma más lenta. Se muere con menos dolor pero más solos. Mejor asistidos técnicamente pero peor acompañados”.

1.3. Enfermería intensiva. Cuidados al paciente crítico.

La finalidad de la Enfermería es brindar un cuidado integral a todos los pacientes, que cubra por completo sus necesidades. Para el enfermero de UCI encargado de un paciente con mala evolución, unos de los principales objetivos del plan de cuidados debería ser crear un clima que favorezca la buena muerte. Definir en qué consiste una buena muerte en UCI es difícil. Según Del Barrio et al⁸, debe reunir una serie de principios: “Mantener la dignidad, respetar los

fundamentos éticos, tener un entorno sereno y de paz en el que el paciente encuentre el apoyo de la familia, tener en consideración los deseos del paciente y de su familia, comprender las diferentes manifestaciones culturales, aliviar el dolor y el sufrimiento y considerar en la atención del paciente los aspectos físicos, psicosociales y espirituales”.

En las UCI este cuidado en ocasiones tiende a ser muy técnico y pierde su humanidad, lo que puede suponer abordar la atención al paciente de forma inadecuada o en condiciones diferentes a las deseables. Los cuidados que reciben el paciente y su familia están relacionados con los conocimientos y aspectos personales y profesionales del enfermero, encontrándose gran variabilidad en función de éstos. La manera en que la enfermera gestione sus propios sentimientos y actitudes ante la muerte va a influir de forma destacable en la calidad de los cuidados que se van a proporcionar a los pacientes. Esta actitud viene determinada por una serie de factores, entre ellos los siguientes:

- Uno de ellos sería la Ansiedad ante la Muerte que presentan los profesionales. No debemos olvidar que inevitablemente, el estar en contacto con la muerte ajena y su proceso nos hace conscientes de nuestra propia mortalidad, dando lugar a una mayor o menor intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada al intentar escapar de la angustia que produce enfrentarse a la muerte. Como dijo el psiquiatra K. Eissler¹²: ¿Que es lo realmente difícil morir o presenciar la muerte?. Desarrollaré este concepto más ampliamente en el siguiente apartado.
- Otro factor determinante sería la relación que establece el profesional de enfermería con la familia del paciente. La visión del paciente hospitalizado para la enfermera siempre ha de ser la de un todo que incluye como elementos inseparables al paciente y su familia. Esto se acentúa más en las UCI, ya que en muchas ocasiones el enfermo se mantiene en estado de coma y ante la ausencia de respuesta o por dificultades de comunicación

ocasionadas por dispositivos, fármacos etc., la familia va a recurrir a la enfermera como fuente de información o como apoyo ante la difícil situación que están viviendo. Si se establece una buena relación terapéutica, ésta puede mejorar el afrontamiento de la situación por parte de la familia y, a la vez, generar satisfacción al propio personal.¹³⁻¹⁵

- Los conflictos éticos que se producen casi a diario en estas unidades también son determinantes. Los profesionales de enfermería, a pesar de no ser los responsables directos, en ocasiones forman parte de comités de ética o se ven implicados al ser los cuidadores directos. La toma de decisiones, las limitaciones del tratamiento de soporte vital para evitar el encarnizamiento terapéutico y el desconocimiento de los deseos de los pacientes conformarían los conflictos éticos más habituales.¹⁶⁻¹⁸

1.4. Ansiedad ante la Muerte. Instrumentos de medida.

La Ansiedad ante la Muerte es un término utilizado para conceptualizar la aprensión generada por la conciencia de la muerte.¹⁹ Este tipo de ansiedad según la definición de Limonero²⁰ se puede entender como una “reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos internos del sujeto tales como pensamiento o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido”. En la NANDA aparece definida como “sensación inespecífica de incomodidad o malestar producida por la percepción de una amenaza, real o imaginada, a la propia existencia.”²¹

La ansiedad ante la muerte se ha convertido en objeto de estudio al ser la ansiedad la reacción emocional principal que se produce en los seres humanos cuando éstos se plantean la idea de la muerte y su afrontamiento²². Al realizar una revisión bibliográfica para constatar el estado actual de este tema, observamos que son numerosas las variables socio-demográficas que se consideran asociadas o condicionantes a la ansiedad ante la muerte.²² Al revisar la literatura nos

encontramos que la ansiedad ante la muerte en los estudiantes y profesionales sanitarios es un tema estudiado, si bien no ampliamente y no centrado en Unidades de Cuidados Críticos.

Las muestras a estudio cuando se trata de la profesión enfermera siempre son poco equitativas en cuanto al sexo, ya que la mayor parte de la plantilla está conformada por mujeres. Por este motivo, los resultados que se obtienen no son concluyentes, si bien todos los estudios consultados coinciden al afirmar que las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte, hablando incluso de un fenómeno universal.^{22,23} Se han buscado explicaciones a este hecho, apelando a la mayor facilidad que presentan las mujeres para expresar sus emociones y admitir sus sentimientos y a la tendencia de la mayoría de los hombres de evitar los pensamientos relacionados con la muerte.²²

La edad también es una variable incluida en todos los estudios. Los resultados encontrados no son determinantes, ya que, por un lado, nos encontramos estudios que exponen que los jóvenes son los que presentan mayor ansiedad²³ frente a otros estudios que reflejan que los mayores niveles de ansiedad están presentes en los profesionales de mayor edad y que acumulan más experiencia profesional.^{24,25} Otros autores coinciden con ambos resultados al afirmar que son los grupos de edad que corresponden a los extremos de la vida los que presentan el mayor grado de ansiedad ante la muerte.² Este mismo artículo también indica que los que tienen más experiencia profesional y los que menos son los que presentan también los niveles de ansiedad más elevados.

Al no haber estudios centrado en Cuidados Críticos, la experiencia en estas unidades como variable presente en la Ansiedad ante la Muerte no ha sido convenientemente estudiada. Uno de los estudios publicados¹⁰ expone que los que menos experiencia tienen en estos servicios son los que más ansiedad muestran. Sin embargo, se trata de un dato aislado.

La influencia de las creencias religiosas en la Ansiedad ante la muerte es un aspecto que ha sido más ampliamente estudiado. Un trabajo realizado sobre personal sanitario²⁴ obtiene una muestra

eminentemente creyente , en la que observa que ambos extremos (creyentes practicantes y no creyentes) son los que menos ansiedad presentan, quedando los grupos intermedios más indefensos. Por lo tanto, establecen que la religión en sus dos extremos (práctica constante o ausencia de la misma) actúa como amortiguador. Otro estudio presentado²³ realizado sobre estudiantes de enfermería también va en la misma línea al afirmar que los creyentes tienen menos miedo ante la muerte.

En lo referente a que categoría profesional muestra una mayor ansiedad ante la muerte, nos encontramos un estudio²⁶ en el que las auxiliares son las que con significación estadística presentan niveles de ansiedad más elevados que las enfermeras, si bien no hay más estudios que sigan esta línea de investigación ni que estén centrados en Cuidados Intensivos.

La formación es el aspecto que más frecuentemente ha sido objeto de estudio. Se han realizado estudios sobre estudiantes de enfermería^{27,28} y también sobre profesionales^{26,29}. Aunque los resultados no son determinantes, todos los autores coinciden en resaltar la importancia de la formación para poder manejar nuestras propias emociones ante los pacientes y poder así administrar unos cuidados de calidad. También fomentan la realización de estudios que analicen las actitudes de los profesionales ante la muerte y las variables relacionadas para poder planificar un formación adecuada y eficaz.²³

Analizando los planes de estudios, observamos que la formación pre-grado es escasa. Como dice Eseverri³⁰: “Actualmente ni se enseña a reflexionar sobre la muerte ni tampoco se educa para morir.” En la Universidad de Oviedo, en el plan de estudios implantado hasta ahora del Grado en Enfermería, nos encontramos las siguientes asignaturas relacionadas con el tema:

- 1º curso: dentro de la asignatura “Ciencias psicosociales aplicada a los procesos de salud y enfermedad” nos encontramos con un bloque dedicado a la atención psicosocial en diferentes situaciones de salud, enfermedad y sufrimiento.

- 2º curso: como parte del contenido de la asignatura “Habilidades sociales y de comunicación e información en enfermería”, hay un bloque dedicado a la relación de ayuda en enfermería: el *counselling* y también a la estrategias y técnicas de comunicación.

La formación pre-grado sí abarca este tema pero no nos encontramos con una asignatura propia, más amplia y que dedique más horas. Sin embargo, esta formación está dirigida al manejo y trato con el paciente, y no tanto al manejo de la ansiedad de los propios profesionales. Por lo tanto, la formación enfermera sobre este tema será más una formación post-grado y dependiente de la voluntad del profesional para realizar cursos con este tipo de temática.

El estudio de la Ansiedad ante la Muerte no ha despertado el interés de los investigadores españoles hasta hace bien poco. Por esto mismo, los instrumentos existentes para medir la Ansiedad ante la Muerte en español son escasos. Nos encontramos adaptaciones a nuestro idioma de algunos de los instrumentos validados más amplia e internacionalmente utilizados y también algún instrumento creado por nuestros propios investigadores, ya que se hace patente la necesidad de desarrollar y validar herramientas en el mismo contexto cultural en el que van a ser utilizados posteriormente.³¹

A continuación voy a destacar 3 de estos instrumentos: dos internacionales adaptados al español, uno multidimensional y otro unidimensional; y otro creado por estudiosos españoles.

La Escala del Miedo ante la Muerte de Collett-Lester (CLFDS), cuya revisión más reciente data del 2003, fue desarrollada por Collett y Lester³². Es uno de los instrumentos multidimensionales más clásicos utilizados en la evaluación de las actitudes hacia la muerte, destacando por ser el único en el que se establece una distinción entre la muerte y el proceso de morir de uno mismo y de otros, organizándolo en cuatro subescalas diferentes: miedo a la muerte de uno mismo, miedo al proceso de morir propio, miedo a la muerte de los demás y el temor al proceso de morir de los

demás. Construyeron un instrumento inicial que tras la última revisión presenta la siguiente estructura: cada subescala presenta 7 ítems diferentes, por lo tanto un total de 28 ítems, y cada una de ellas tiene el mismo peso en la puntuación total del miedo al morir y la muerte. Se realizó una adaptación de esta escala al Árabe. Posteriormente, fue adaptada al español (Tomás-Sábado, Limonero y Abdel-Khalek³³) con una buena consistencia interna y una aceptable estabilidad temporal. La correlación de las cuatro subescalas con otras escalas de ansiedad ante la muerte y ansiedad temporal fueron similares a las obtenidas en otros estudios, denotando la validez convergente de la escala. Se trata de un instrumento indicado para trabajar con una muestra dedicada a profesiones relacionadas con la salud, por ejemplo estudiantes de enfermería y ya enfermeros profesionales. (Anexo 1)

La Escala de la Ansiedad ante la Muerte de Donald Templer³⁴ (DAS) fue desarrollada en 1970 y ha sido traducida a más de 25 idiomas. Se trata de una escala unidimensional y auto-administrada cuya estructura final consta de 15 ítems con respuesta dicotómica verdadero/falso. Ha sido ampliamente utilizada y citada en la literatura especializada. También fue adaptada al español por Tomás-Sábado y Gómez-Benito,^{35,36} evaluando su consistencia interna, su estabilidad temporal y su estructura factorial. Se concluyó que las propiedades psicosométricas de esta adaptación eran satisfactorias y estrechamente parecidas a las obtenidas en estudios previos. Esta es la escala que he utilizado en mi investigación, por lo que explicaré sus características de forma más detallada posteriormente. (Anexo 2)

Tomás-Sábado y Gómez-Benito³¹ desarrollaron y validaron también el Inventario de la Ansiedad ante la Muerte (DAI) con la idea de proporcionar un instrumento válido para los sujetos hispanohablantes. Los resultados obtenidos de sus análisis concluyen que tiene una adecuada validez, consistencia interna y estabilidad. El cuestionario final consta de 20 ítems y, a su vez, presenta dos formatos de respuesta: respuestas dicotómicas verdadero/falso o escala Likert de 6 puntos.

Ambas son fiables y se pueden utilizar indiferentemente. La decisión de utilizar una u otra dependerá fundamentalmente de dos factores: las características de los sujetos a estudio y los objetivos específicos del estudio en cuestión. Su estructura factorial consta de 5 factores significativos: generadores externos de ansiedad ante la muerte, significado y aceptación de la muerte, pensamiento sobre la muerte, vida después de la muerte y brevedad de la vida. (Anexo3)

Este estudio se plantea en base a todo lo anterior y al realizarnos la siguiente la pregunta: ¿Por qué analizar la ansiedad ante la muerte en este colectivo?. La respuesta se justificaría en base a que se trata de un sector que está en constante interacción con la muerte y con el dolor, más aún si se trata de Cuidados Críticos. Esto va a generar unas reacciones emocionales muy intensas que si no son debidamente tratadas terminan manifestándose en forma de ansiedad, lo que va a influir en las actitudes ante la muerte de los profesionales, modificándolas. Esto supondría un deterioro de la relación interpersonal, teniendo consecuencias por una parte para el cuidador, ya que estaría incapacitado emocionalmente para desarrollar su labor y por otro lado para el enfermo, ya que la calidad de los cuidados se vería sin duda afectada.^{20,22} El objetivo es realizar un estudio que pueda aportar más datos, a poder ser concluyentes, sobre las características que presentan los profesionales de enfermería ante la Ansiedad ante la Muerte.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Hipótesis

- La ansiedad ante la muerte estará presente en los profesionales de enfermería de Cuidados Críticos, siendo más elevada en las auxiliares que en las enfermeras.
- Se verá influida por la edad, especialmente por los grupos que corresponden a los extremos de la vida.
- La formación específica sobre la muerte que posea el personal de enfermería determinará de forma importante sus actitudes ante la muerte.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general:

- Estudiar las variables que se asocian con una mayor ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

2.2.2 Objetivos específicos:

- Establecer si el grado de ansiedad ante la muerte que presenta el personal de enfermería está condicionado por sus características socio-demográficas, tales como: edad, sexo, creencia religiosa, categoría profesional, experiencia en críticos y años trabajados.
- Analizar la percepción que tienen los profesionales sobre su formación respecto al tema de la muerte.
- Establecer si la formación sobre la muerte influye de forma determinante en el grado de ansiedad ante la muerte que presentan los profesionales de enfermería.

3. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

3.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo transversal

3.2 Población a estudio

3.2.1 Muestra

La población a estudio la conforman 184 enfermeras y 120 auxiliares de enfermería que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Esta plantilla consta en su totalidad de 304 profesionales.

3.2.2 Criterios de inclusión

Los 3 criterios aplicados son:

- Aceptación voluntaria de su participación
- Formar parte de la plantilla del HUCA en el momento de realizar el estudio
- Experiencia laboral en Unidades de Cuidados Críticos, al menos 6 meses.

3.2.3 Criterios de exclusión

Se excluyó del estudio a todo el personal que no tuviese la experiencia laboral mínima requerida, así como a aquellos que no acepten participar de forma voluntaria en el estudio. No se tuvieron en cuenta las encuestas con una cumplimentación menor del 100%.

3.3 Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en el área de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Central de Asturias. Dicha área está compuesta por las siguientes unidades:

- UCI 1 (Hospital Covadonga de Oviedo): consta de 24 camas con orientación polivalente en el trato de los pacientes. Cuenta con una estancia media de 12'31 días
- Unidad de Cuidados Intermedios (Hospital Covadonga de Oviedo): formada por 8 camas orientada a pacientes que como su nombre indica requieren cuidados de tipo intermedio.
- Unidad de Reanimación Quirúrgica (Hospital Covadonga de Oviedo): 13 camas destinadas a pacientes post-quirúrgicos que por la complejidad de las intervenciones requieren vigilancia, en numerosas ocasiones más de 24 horas.
- UCI 2 (Hospital General de Asturias): 12 camas cuya orientación fundamental son pacientes de Cirugía Cardio-torácica. Su estancia media es de 16'83 días. También da cobertura a pacientes con patología cardíaca.
- Unidad de Cuidados Intermedios (Hospital General de Asturias): 6 camas fundamentalmente orientadas a pacientes tras Cirugía Cardíaca y una Unidad de Cuidados Intermedios Coronarios que consta de 7 camas.
- Unidad de Reanimación Quirúrgica (Hospital General de Asturias): 8 camas destinadas a cuidados post-intervención quirúrgica y 4 camas de la Unidad del Despertar.
- UCI 3 (Instituto Nacional de Silicosis): 6 camas orientadas a pacientes que requieren fundamentalmente Cuidados Intensivos Respiratorios. Tiene un estancia media de 9'87 días.

- Unidad de Reanimación Quirúrgica y Despertar (Centro Materno-Infantil): Actividad centrada en la atención post-intervención quirúrgica a mujeres con patología ginecológica y también como recuperación post-parto. Consta de 7 camas.

3.4 Variables a estudiar

- Variables socio-demográficas:
 - Edad del profesional: Variable cuantitativa continua de razón. Medida en años.
 - Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica medida a través de las opciones hombre o mujer.
 - Tiempo ejerciendo la profesión: Variable cuantitativa continua de razón. Medida en años.
 - Tiempo de trabajo en Unidades de Cuidados Críticos: Variable cuantitativa continua de razón. Medida en meses.
 - Creencia religiosa: Variable cualitativa nominal dicotómica con las opciones de respuesta: sí/no. No se especifica ninguna creencia religiosa concreta, ya que todas las religiones contemplan un concepto parecido sobre la muerte. Las religiones minoritarias van a estar poco representadas y fundamentalmente se referirán a la religión cristiana.
 - Categoría profesional: Variable cualitativa, nominal, dicotómica a elegir entre dos opciones de respuesta: enfermera o auxiliar de enfermería.
- Formación del personal de enfermería en el proceso de morir:
 - La formación de los profesionales respecto a la muerte se analiza interrogando sobre si se ha recibido formación, si ésta ha sido útil y si creen que precisan más

formación, a través de preguntas cerradas con respuesta dicotómica a elegir entre sí o no.

- Se establece una última pregunta en la que se dan tres opciones para manifestar el tipo de formación que se desea (*counselling*, trato con la familia, cómo dar apoyo) en caso de resultar insuficiente la adquirida hasta el momento.
- Ansiedad ante la muerte. Se pretende conocer el grado de ansiedad ante la muerte que presentan los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos. Medida por la versión española de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Donald Templer³⁵, un documento validado internacionalmente de referencia obligada en cualquier estudio sobre este tema. Consta de 15 ítems de respuesta dicotómica verdadero-falso. Estos ítems tratan sobre sentimientos y actitudes ante la muerte. Nueve ítems puntúan verdadero (1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14) y 6 falso (2, 3, 5, 6, 7 y 15). La puntuación total oscila entre 0 y 15 puntos, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de ansiedad ante la muerte leve.^{34,35} Los resultados se codifican mediante la siguiente tabla de corrección:

4 puntos o menos	No hay ansiedad
5 -7 puntos	Ansiedad ante la muerte LEVE
8 – 11 puntos	Ansiedad ante la muerte MODERADA
12 – 15 puntos	Ansiedad ante la muerte ALTA

3.5 Método de recogida de la información

3.5.1 Instrumento de recogida de la información

La información fue recogida mediante un cuestionario de cumplimentación voluntaria, anónimo y de respuestas cerradas.

En un primer momento se crea *ex profeso* un documento (anexo 4) que consta de una serie de datos socio-demográficos, 23 ítems y la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Donald Templer en su versión española. Una vez confeccionado, se somete a un proceso de pilotaje distribuyéndolo entre 30 personas representativas de la muestra. Con las sugerencias y resultados obtenidos se hacen las correcciones oportunas (básicamente gramaticales) y se modifican ciertos ítems de la plantilla inicial hasta elaborar el documento final. Estas correcciones se hacen en aras de un mejor entendimiento del texto y aumento de la comprensión.

Tras realizar un revisión posterior, se observa que se trata de un documento demasiado extenso, formado por multitud de tipos de pregunta y con muchas variables que no facilitarían el subsiguiente análisis de las mismas. Por todo lo anterior, y también para conseguir una mejor dirección de los resultados hacia el objeto de este estudio, se decide eliminar del total 19 de esos ítems.

Por lo tanto, se obtiene un documento definitivo (anexo 5) que está estructurado en tres partes:

- Un primer bloque en el que se analizan los datos socio-demográficos del profesional: edad, género, antigüedad en la profesión, tiempo trabajando en Unidades de Cuidados Críticos, existencia de práctica religiosa y categoría profesional a la que pertenece.
- Una parte intermedia que consta de 4 ítems que indagan sobre la relación de los profesionales con la formación específica relativa a la muerte. Se analiza si han recibido

formación y si ésta les ha resultado útil. Así mismo, se consideran las carencias formativas de los profesionales para determinar en qué áreas querrían aumentar sus conocimientos.

- Se incorpora un tercer bloque fundamental constituido por la Escala de Ansiedad ante la Muerte en su versión española. A través de ella, se medirá el grado de ansiedad que la muerte produce en los profesionales de enfermería. Esta adaptación a nuestro idioma presenta una consistencia interna estimada a través del coeficiente α de Cronbach de 0'73 y un coeficiente de correlación test-retest a 3 semanas de 0'87. El análisis factorial de la escala da lugar a 4 factores con valores propios mayores de uno. Son los siguientes:

- Factor I: "Cognitivo – Afectivo". Explica un 27'4% de la varianza. Su mayor carga factorial se presenta en los ítems 1,2,5,7,10,15.
- Factor II: "Dolor y enfermedad". Explica el 9'7% de la varianza. Las mayores cargas factoriales están presentes en los ítems 4,6,9 y 11
- Factor III: " Estímulos relacionados con la muerte". Explica el 8'2% de la varianza. Las mayores cargas factoriales se presentan en los ítems 3,13 y 14.
- Factor IV: "Conciencia del paso del tiempo". Sus mayores cargas factoriales está presentes en los ítems 8 y 12.

Dada la gran cantidad de varianza explicada por el factor I, no parece adecuado el uso de las puntuaciones por separado, sino la interpretación única de las puntuaciones totales. Por esta razón no se han baremado los factores de esta escala y por tanto tampoco se pueden utilizar.³⁵

Adjuntamos a este cuestionario un texto inicial informativo en el que se indican los destinatarios del mismo, los objetivos del proyecto y el método de cumplimentación de la encuesta, así como la condición solicitada de tener una experiencia laboral en Unidades de Cuidados Críticos superior a 6 meses. Se señala también el carácter anónimo del cuestionario. Finalmente, se añade un apartado de agradecimiento y se indican los datos del investigador.

3.5.2 Proceso de recogida de la información

Tras la solicitud y obtención de los permisos correspondientes se establece un plan de recogida de la información que ha constando finalmente de dos etapas. La primera de ellas corresponde a los meses de Abril y Mayo de 2011 y la segunda a los mismos meses pero del año 2012. En ambas etapas se siguieron los mismos pasos.

En primer lugar se solicita una entrevista con cada una de las supervisoras de las diferentes unidades a estudio. El objetivo de esta entrevista es presentarles el trabajo y pedir su colaboración para difundir el proyecto y estimular la participación de los trabajadores. También se les requiere su cooperación para guardar las encuestas que los profesionales cumplimenten y que las conserven hasta que pasemos a recogerlas.

Las encuestas se entregaron a la población a estudio de dos formas diferentes. La mayor parte de ellas se entregaron en mano a los profesionales, explicándoles individualmente en qué consistía el proyecto, como se debía cumplimentar el cuestionario y ofreciéndonos para solventar cualquier duda que se presentase. Posteriormente se pasaba a recogerlas unos minutos después, como mínimo media hora, siempre y cuando el ritmo y volumen de trabajo de las unidades lo permitiera. El resto de las encuestas se dejaron en las unidades tras haber informado a los trabajadores sobre su existencia y contenido, yendo de nuevo a los servicios al cabo de una semana para recoger las ya cumplimentadas que nos entregaban las supervisoras.

3.6 Análisis estadístico

3.6.1 Descripción de la muestra

Partiendo de una población total a estudio de 304 sujetos, calculamos el mínimo tamaño muestral necesario teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%. Obtenemos un tamaño muestral de 122 individuos. Para una mayor fiabilidad, ajustamos este tamaño a las posibles pérdidas, teniendo en cuenta una proporción esperada de las mismas del 15%. Por lo tanto, el mínimo tamaño muestral ajustado a pérdidas es de 143 sujetos.

La muestra definitiva se compone de 152 sujetos, por lo que resulta representativa de la homogeneidad de la población.

3.6.2 Tratamiento de las variables

Los datos han sido tabulados y analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0. Las variables continuas (edad, tiempo ejerciendo la profesión y antigüedad en unidades de cuidados críticos) son descritas mediante medias, desviaciones típicas y medianas. También se dan valores mínimos y máximos. Las variables categóricas (sexo, categoría profesional, formación y ansiedad ante la muerte) son descritas mediante frecuencias absolutas, relativas y porcentajes. Se dan intervalos de confianza al 95% para los resultados relevantes.

La relación entre estas variables se analizó mediante la prueba t de Student para variables dicotómicas y mediante el análisis de varianza (ANOVA) para variables politómicas.

Valores de p inferiores a 0'05 son considerados significativos.

3.7 Limitaciones del estudio

El principal sesgo, como en todos los estudios que involucran cubrir un cuestionario, es el derivado de la participación voluntaria. La muestra no puede ser nunca estrictamente aleatoria ya que, incluso en el caso de poder obligar al personal a cubrir la encuesta, la validez de la misma en ese caso sería cuestionable.

Otro problema que nos podemos encontrar es que las respuestas que dé el sujeto no sean sinceras, que no se ajusten a su realidad. Esto se intenta minimizar al tratarse de un documento anónimo y de cumplimentación individual.

También pueden tener lugar un sesgo de confusión debido a errores o malinterpretaciones gramaticales. A esto se le intenta poner remedio a través del proceso de pilotaje al que se somete el instrumento.

3.8 Consideraciones éticas

Se considerará en todo momento el anonimato de los participantes, así como el carácter voluntario de su participación. Se asegurará la confidencialidad de los datos. Si alguno de los participantes solicita los resultados, se le facilitarán.

Al tratarse de un intervención sobre el personal de enfermería, se solicita autorización a la Dirección de Enfermería del HUCA. Adjunto modelo de solicitud cumplimentado en anexo 6 y permiso de realización en anexo 7.

Dado el tipo de estudio y las condiciones de la población no se requieren otro tipo de permisos ni autorizaciones.

4. RESULTADOS

De las 176 encuestas repartidas, se recogieron debidamente cumplimentadas 152, obteniendo una tasa de respuesta del 86'36%.

Del total de la muestra, 134 (88'2%) era mujeres, frente a 18 (11'8%) hombres. La media de edad fue de 42'13 años, con una desviación típica de 10'59 y un rango de 23 a 64 años.

Respecto a la categoría profesional, 108 (71'1%) eran enfermeros (media de edad, 39'44; desviación típica, 10'35) y 44 (28'9%) eran auxiliares de enfermería (media de edad, 48'72%; desviación típica, 8'03).

La experiencia laboral del total de los sujetos fue de una media de 16'95 años, con una desviación típica de 9'94 y un rango de 1 a 42 años.

En lo referente a la experiencia en Unidades de Cuidados Críticos, se obtuvo una media de 134'88 meses, con una desviación típica de 102'56 y un rango de 7 a 468 meses (39 años).

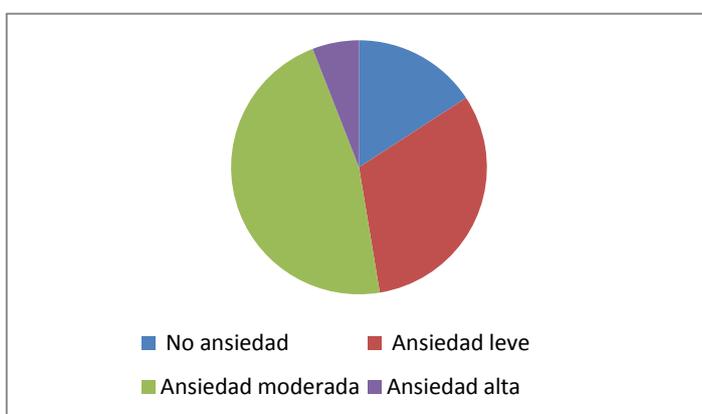
Del total de los encuestados 74 (48'7%) manifiestan practicar alguna creencia religiosa frente a 78 (51'3%) que no.

Los participantes fueron preguntados por su formación relacionada con el proceso de morir específica para el personal de enfermería. 105 (69'1%) refieren no haber recibido formación, frente a 47 (30'9%) que sí la ha recibido. De estos 47, 37 individuos afirman que esta formación recibida sí les ha sido útil. En lo referente a las carencias de formación relativa a la muerte percibidas por los propios profesionales, 133 (87'5%) dicen necesitar más formación, frente a 19 (12'5%) que no. De las tres opciones ofertadas como temáticas para ampliar la formación sobre la muerte, la más solicitada es "trato con la familia" por 47 sujetos, seguida íntimamente por "cómo dar apoyo", ya que la solicitan 46 sujetos. Del total de los encuestados, 30 de ellos se decantan

por más formación en “Counselling”, mientras que los 10 restantes requieren más formación en el conjunto de las tres temáticas anteriormente planteadas.

El grado de Ansiedad ante la Muerte en la muestra de participantes está presente en los siguientes porcentajes: 5,9% Ansiedad Alta, 46,7% Ansiedad Moderada, 31,6% Ansiedad baja y 15,8% Ausencia de ansiedad. Estos porcentajes están gráficamente representados en la figura 1.

Figura 1. Muestra dividida en grupos en función del nivel del Ansiedad ante la Muerte.



De los 15 ítems que presenta la Escala de Ansiedad ante la Muerte, el que se presenta como mayor generador de ansiedad con un porcentaje de respuesta del 89'5%, es el ítem 9 “Me da miedo tener una muerte dolorosa”, correspondiente al factor 2 “dolor y enfermedad”.

Así mismo, el ítem que se presenta como menor generador de ansiedad con un porcentaje del 6'6% es el ítem 14 “Me horroriza ver un cadáver”, perteneciente al factor 3 “Estímulos relacionados con la muerte”.

La tabla 1 muestra las medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las puntuaciones en la DAS en el total de la muestra final y también según el sexo, práctica o no de creencia religiosa y categoría profesional (variables dicotómicas).

Para hacer una comparación entre las puntuaciones finales y la edad, se dividió ésta en tres subgrupos de forma que en el primero y el último estuviera recogido el 50% de la población y el otro 50% en el segundo grupo: menores de 31 años, de 31 a 50 años y mayores de 50.

De igual forma se procedió para analizar las puntuaciones según el tiempo ejerciendo la profesión y la antigüedad en cuidados críticos, ya que se establecieron 3 subgrupos en cada caso. Para el tiempo ejerciendo la profesión se establecieron los tres siguientes: menos de 6 años, de 6 a 20 años y más de 20 años. Se eligió esta división guiándonos por la evolución de la seguridad en uno mismo en el desarrollo del trabajo. Los primeros seis años son de habituación a la práctica clínica, con un aprendizaje diario partiendo de la inexperiencia. Durante la segunda etapa el trabajo se va asumiendo como una rutina aunque todavía hay un aprendizaje marcado de cosas nuevas. La tercera etapa se basaría en la experiencia adquirida durante todos los años previos. En el caso de la antigüedad en servicios de críticos, la subdivisión se realizó en tres grupos de meses: menos de 60 meses, de 60 a 240 meses y más de 240 meses. Los resultados de estas tres variables politómicas están recogidos en la tabla 2.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de la DAS para muestra total según variables socio-demográficas dicotómicas

		N	M	DT
Muestra total		152	7,49	2,89
Sexo	Mujer	134	7,41	2,84
	Hombre	18	8,11	3,25
Categoría profesional	Enfermera	108	7,15	2,96
	Auxiliar de enfermería	44	8,31	2,57
Practica creencia religiosa	Sí	74	7,58	2,74
	No	78	7,41	3,04

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de la puntuación de la DAS según las variables socio-demográficas politómicas

		n	M	DT
Edad	< 31 años	23	7,52	2,06
	31 – 50 años	87	7,27	2,88
	> 50 años	42	7,92	3,30
Tiempo ejerciendo la profesión	1-5 años	16	7,31	2,12
	6-20 años	90	7,26	2,60
	>20 años	46	8,00	3,57
Antigüedad en Cuidados Críticos	< 60 meses	47	7,46	2,21
	60 – 240 meses	85	7,42	2,95
	> 240 meses	20	7,85	3,99

En la tabla 3. Se muestran las medias y desviaciones típicas de la puntuación total de la DAS según las 4 variables relacionadas con la formación.

Tabla 3. Formación relacionada con la muerte

		n	M	DT
Formación recibida	Sí	47	7,57	3,06
	No	105	7,45	2,82
Formación útil	Sí	37	7,27	3,22
	No	10	8,70	2,21
Necesidad de formación	Sí	133	7,40	2,88
	No	19	8,10	2,94
Necesidades específicas formación	Counselling	30	7,10	3,47
	Trato con familia	47	7,97	2,88
	Cómo dar apoyo	46	6,93	2,50
	Las tres anteriores	10	7,40	2,59

Se compararon las medias obtenidas con las distintas variables utilizando la prueba t de Student en el caso de las variables dicotómicas y realizando un análisis de varianza (ANOVA) con las variables politómicas. Las diferencias no resultan estadísticamente significativas en ninguna de las variables ($p > 0.05$) a excepción de la variable “categoría profesional” ($p < 0.05$). En la tabla 4 se muestran los resultados de estas comparaciones, con el valor de p e intervalos de confianza de las diferencias, para un nivel de significación de 95%.

Tabla 4. Resultados de la prueba t de Student de comparación de medias en las diferentes variables dicotómicas

Variable de comparación	Valores de la variable	Valor de t	Intervalos de confianza (95%)	P
Sexo	Hombre/mujer	(0,964)	-0,735 ; 2,137	0,337
Práctica religiosa	Sí/no	(-0,363)	-1,101 ; 0,760	0,717
Categoría profesional	Enfermera/auxiliar	(-2,272)	-2,170 ; -0,151	0,024*
Formación recibida	No/sí	(-0,230)	-1,124 ; 0,889	0,818
Formación útil	No/sí	(1,317)	-0,756 ; 3,615	0,194
Necesidad de formación	No/sí	(0,985)	-0,704 ; 2,102	0,326

*p<0,05.

5. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos, observamos que la media de la puntuación en la DAS de los profesionales de enfermería de Cuidados Críticos corresponde a un nivel de ansiedad leve-moderado (7'49 sobre 15), si bien hablando de porcentajes la mayor parte se encontraría encuadrada en un nivel moderado de ansiedad (46,7%).

En lo referente al sexo, de forma general y al igual que en este estudio, no se encuentran diferencias significativas.²²

En los resultados de esta investigación, observamos que los hombres presentan una media de puntuación en la DAS más alta (8'11) que las mujeres (7'41). Esto contradice la tendencia general que encontramos en la literatura relacionada. En ella, los datos siempre siguen la misma dirección: las mujeres presentan más ansiedad ante la muerte que los hombres, hablando incluso de un fenómeno universal.^{22,23} Hay que tener en cuenta que se trata de una muestra muy desproporcionada, ya que está compuesta fundamentalmente por mujeres. Lo ideal sería una muestra en la que la representación masculina estuviese equilibrada.

En cuanto a la edad, tampoco encontramos diferencias significativas, si bien la tendencia es encontrar puntuaciones más altas en la DAS a mayor edad. Los demás autores no siguen una línea claramente definida. Nos encontramos por un lado resultados coincidentes con los aquí presentados, en los que los grupos de edad más avanzada muestran mayores niveles de ansiedad,^{24,25} relacionándolo con que la cercanía del final de la vida aumenta la ansiedad, si bien estos resultados hacen referencia al personal sanitario en general.

Por otra parte, también se recoge que la gente joven tiene mayor miedo a la muerte.²³ Lo justifican afirmando que la edad aporta una serie de tácticas basadas en la experiencia vital que ayudan a enfrentarse de forma eficaz al tema de la muerte.

También se aportan resultados en los que el grupo de edad intermedia es el que presenta los niveles de ansiedad más bajos, correspondiendo la mayor ansiedad a los grupos de edad extremos.²

En lo referente a la **experiencia profesional**, tampoco hemos obtenido valores significativos, si bien se mantiene la tendencia de a mayor edad obtener mayores puntuaciones. Por lo tanto podemos sospechar que se correlaciona con la edad. Otro estudio realizado sobre el personal sanitario en general apoya estos resultados.²⁴ En la literatura también nos encontramos datos que reflejan que los grupos de edad extremos son los que muestran más ansiedad, ya tengan una experiencia profesional mayor o menor, quedando el grupo intermedio con un nivel de ansiedad más bajo.²

Los autores consideran la experiencia profesional como un elemento fundamental a la hora de enfrentarse a la muerte y piden tener en cuenta a los profesionales más experimentados en la elaboración de planes de formación futuros.¹³

Con la **antigüedad en Cuidados Críticos** ocurre lo mismo que con la experiencia profesional. Los resultados no son significativos, si bien las puntuaciones más elevadas corresponden a aquellos que tienen más meses de antigüedad, correlacionándose de igual forma con la edad.

Resultados contrarios aporta otro estudio,¹⁰ en el que la tendencia, sin ser significativa, es encontrar medias más elevadas en los profesionales con menos experiencia.

La práctica de una **creencia religiosa** o no está equitativamente representada en los datos obtenidos de los encuestados, ya que 78 no practican y 74 sí. Las medias de las puntuaciones obtenidas en la DAS son prácticamente iguales y no aportan significación estadística.

Otros estudios indican que la religión solo actúa como amortiguador en los casos extremos (no creyentes y creyentes practicantes), que son los que significativamente muestran menos ansiedad

ante la muerte.²⁴ Un estudio realizado en estudiantes de enfermería también constata que la religiosidad hace que los creyentes expresen menos miedo a la muerte propia, facilitando por tanto su afrontamiento.²³

Estos datos dejan constancia del cambio de papel que ha sufrido la religión respecto a la muerte, ya no es la protagonista, ya no surte el mismo efecto calmante que anteriormente.

En el análisis de la **categoría profesional** es el único punto en el que encontramos resultados estadísticamente significativos. Las auxiliares de enfermería de Cuidados Críticos presentan mayor ansiedad ante la muerte que las enfermeras. Otro estudio, si bien no centrado en Cuidados Críticos, apoya estos resultados.²⁶

A la vista de estos datos, quizá podría plantearse una línea futura de investigación centrada en este colectivo, analizando más a fondo sus características personales y su formación específica.

La **formación** respecto a la muerte es el aspecto más ampliamente estudiado y recogido en la literatura con diferentes resultados. En el caso de un estudio realizado sobre enfermeras y auxiliares de enfermería en el que se evalúa la ansiedad ante la muerte pre y post-formación, obtienen como resultados que los niveles de ansiedad de las enfermeras post-curso disminuyen, mientras que los niveles de las auxiliares se ven aumentados.²⁶ No deja de ser un resultado interesante que no resta relevancia a la importancia de la formación.

Estos cursos de formación también son efectivos en estudiantes de enfermería, ya que los que los realizan ven disminuida su ansiedad, mientras que los que no, mantienen los mismos niveles.²⁸ Sin embargo, otro estudio también sobre estudiantes que realizaron un curso de Cuidados Paliativos no aporta resultados significativos en los niveles de ansiedad pre y post-test.²⁷

Un estudio también centrado en profesionales de Cuidados Críticos refiere que las medias de las puntuaciones de los que están formados y los que no son prácticamente iguales, sin embargo los

que no se sienten formados presentan puntuaciones más elevadas en todos los factores de la escala utilizada (DAI).²⁹

A pesar de la disparidad de los resultados referidos, todos los autores coinciden en que una formación sobre esta temática aumenta la sensibilización ante la muerte y la comprensión de su significado. La gestión de las emociones es útil y altamente beneficiosa, al igual que una educación emocional que aporte mecanismos de afrontamiento eficaces y que estimulen la respuesta empática.^{26,27}

En los datos analizados en esta investigación, tampoco obtenemos resultados relevantes, pero no deja de ser llamativo que un 87'5% de los encuestados solicita mayor formación. Quizás para sentirse más seguros en el desempeño de sus labores y evitar que una mala gestión de sus emociones respecto a la muerte incida de forma negativa en la calidad de los cuidados a administrar.

Llama la atención el hecho de que el ítem que se presenta como mayor generador de ansiedad sea "Me da miedo tener una muerte dolorosa". Es posible que la explicación venga dada por el trabajo y la rutina que se lleva a cabo en estas unidades. Hoy en día ya no se presencian muertes dolorosas debido a la existencia de numerosos fármacos, técnicas y cuidados contra el dolor, pero sí procesos largos, cargados de sufrimiento para las familias y, a su vez, agotadores y desesperanzadores para el paciente. Por esta línea vendría dada la explicación del alto porcentaje que recibe este ítem, ya que la estancia del paciente en muchas ocasiones roza el encarnizamiento terapéutico y nadie quiere verse a sí mismo en esa situación, menos aún cuando es algo que se vive diariamente.

El hecho de que el ítem "Me horroriza ver un cadáver" sea el que menos ansiedad genera, podría explicarse por la rutina de estas unidades, ya que se convierte en algo tristemente frecuente que se termina asimilando como algo cotidiano.

En vista de los datos obtenidos, se podrían plantear dos líneas de investigación futura. Una de ellas estaría centrada en realizar estudios en los que se analicen más a fondo las características de la personalidad de los profesionales, ya que son las que en mayor medida van a determinar las actitudes que posteriormente se muestren ante situaciones en las que la muerte esté presente. Otra línea de investigación podría centrarse en analizar los efectos de la formación específica sobre la muerte a largo plazo, ya que los estudios realizados hasta hoy son a corto plazo y no aportan resultados significativos.

Una última línea de investigación futura podría surgir en base a mejorar las limitaciones de este estudio, ya que al referirse a un servicio en concreto no se pueden extrapolar los resultados. Se podrían comparar los niveles de ansiedad ante la muerte del personal de Cuidados Críticos de diferentes hospitales o compararlo con personal que no trabaje en estos servicios o lo haga en otros, tales como oncología, donde la muerte se ve de otra manera, más humana y centrada en los Cuidados Paliativos. Otra comparación interesante sería con los servicios de urgencias y emergencias, donde la atención es más rápida y supone una menor implicación emocional de los profesionales.

6. CONCLUSIONES

- Queda constancia de que la ansiedad ante la muerte está presente en los profesionales de enfermería de Cuidados Críticos en un grado moderado-leve.
- Las auxiliares de enfermería de Cuidados Críticos presentan de forma significativa mayor ansiedad ante la muerte que las enfermeras.
- No se establecen diferencias por sexos, si bien estos resultados contradicen la tendencia generalizada al obtener medias más elevadas los hombres que las mujeres.
- La edad no aporta diferencias significativas, si bien la tendencia es obtener mayores niveles de ansiedad ante la muerte a más edad.
- La experiencia profesional y la antigüedad en Cuidados Críticos tampoco son elementos significativos, pero al igual que con la edad, la tendencia es presentar mayores niveles de ansiedad a mayor tiempo de experiencia. Por lo tanto, parece que la ansiedad ante la muerte se correlaciona con la edad.
- La religión tampoco es un elemento significativo a la hora de aumentar o disminuir la ansiedad ante la muerte.
- La necesidad de más formación en este tema se hace patente ante el gran porcentaje de encuestados que solicita educación sobre la muerte. De todas formas, se precisan estudios que evalúen la eficacia de la formación sobre la muerte a largo plazo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Angiola S. La muerte y los límites de la medicina. [Monografía en Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2009 [acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos3/muertemed/muertemed.shtml>
2. Maza M, Zavala M, Merino JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enferm.* 2008; 15(1): 39-48
3. Abt AC. El hombre ante la muerte: una mirada antropológica. [Monografía en Internet]. Tarragona: Universitat Rovira i Vigil; 2006 [acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/20622814/1-El-hombre-ante-la-Muerte-Una-mirada-antropológica>
4. Ferrandiz E, Riera F, Pérez C, Ferrer E. Actitudes de las enfermeras ante la muerte en la cultura occidental. *Educare21* [Revista en Internet] 2008 [acceso 15 de mayo de 2012]; 6(50). Disponible en: http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTY4%Mjc%3D&MjY4Mw%3D%3D
5. Calle JJ, Restrepo D. El médico frente a la muerte. *Iatreia.* 2001; 14(Supl 2).
6. Romero MJ. Análisis de las características específicas de UCI. En: Muñiz G, coordinador. *Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos.* Vol. 1. 2ª ed. Oviedo: Universidad de Oviedo – Hospital Universitario Central de Asturias; 2010. p.17-24
7. Gálvez M, , Muñumel G, Del Águila B, Ríos F, Fernández M. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Bibl Lascasas* [Revista en Internet]. 2007 [acceso 15 de mayo de 2012]; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.php>

8. Del Barrio M, Jimeno L, López P, Ezenarro A, Margall M, Asiain M. Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007; 18(1): 3-14
9. Godoy J. Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. *Index de Enfermería [Revista en Internet]*. 2008 [acceso 29 de mayo de 2012]; 17(4): 295-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/9596.php>
10. Pascual M. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv. [Revista en Internet]*. 2011 [acceso 1 de mayo de 2012]; 8(50). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/TESINA/NURE50_tesinaansiedad.pdf
11. Lletget R. Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: una percepción enfermera. *Reduca [Revista en Internet]*. 2010 [acceso 15 de mayo de 2012]; 2(1): 115-29. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/130/149>
12. Yagüe A, García M. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. *Revista de enfermería de la Escuela de Enfermería de Albacete [Revista en Internet]*. 1994 [acceso 15 de abril de 2012]; (4). Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
13. Gálvez M, Ríos F, Fernández L, Del Águila B, Alameda G, Fernández C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2011; 22(1): 13-21
14. Zaforteza C et al. Mejorando el cuidado a la familias del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010; 21(1): 11-19
15. Yanez B, Santana L, Hernández A, Molina A. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med Intensiva*. 2011; 35: 62-63

16. Álvarez F, Velasco G. Afrontamiento del duelo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Reflexión sobre la necesidad de limitaciones de medidas terapéuticas en el paciente terminal. Index Enferm [Revista en Internet]. 2000 [acceso 22 de junio de 2012]; 28-29: [66-7]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_66-67.php
17. Solsona J, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico. Med Clin. 2003; 120(9): 335-6
18. Santana L, Sánchez-Palacios M, Rodríguez C, Hernández E. Calidad del morir y de la muerte en una unidad de cuidados intensivos: percepción de enfermería. Enferm Clin. 2008; 18(3): 172
19. Lehto R, Farchaus K. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. Res Theory Nurs Pract. 2009; 23(1): 23-41
20. Colell 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]. Barcelona: Unitat de Psicologia Bàsica, Universidad Autònoma de Barcelona; 2005
21. Tomás-Sábado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L, Aradilla-Herrero A. Revisión de la etiqueta diagnóstica "ansiedad ante la muerte". Enferm Clin. 2007; 17(3): 152-6
22. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. Rev Psicol Gen Apl. 2003; 56(3): 257-79
23. Edo-Gual M; Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. Enferm Clin. 2011; 21(3): 129-35
24. Raja R, Gala FJ, González JM, Lupiani M, Guillén C, Alba I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. Cuad Med Forense. 2002; 29: 21-36

25. Lara KP, Ruíz NV, Balcázar P. Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científica Electrónica de Psicología* [Revista en Internet]. 2009 [acceso 15 de junio de 2012]; 8: [83-106]. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/6 - No. 8.pdf>
26. Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin*. 2001; 11(3): 104-9.
27. 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(6): 321-6
28. Tomás-Sábado J, Aradilla – Herrero A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experiencial. *Enferm Cientif*. 2001; 234-235: 65-72.
29. Pascual MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de cuidados críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm Intensiva*. 2011; 22(3): 96-103
30. Benbunan B, Cruz F, Roa J, Villaverde C, Benbunan BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *Int J Clin Health Psychol*. 2007; 7(1): 197-205
31. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *Eur J Pshycol Assess*. 2005; 21(2): 108-14
32. Lester D, Abdel-Khalek A. The Collett-Lester fear of death scale: a correction. *Death Stud*. 2003; 27(1): 81-5
33. Tomás-Sábado J, Limonero J, Abdel-Khalek A. Spanish Adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud*. 2007; 31(3): 249-60
34. Templer D. The construction and validation of a death anxiety scale. *J Gen Psychol*. 1970; 82: 165-77

35. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of the Templer's Death Scale. *Psychol Rep.* 2002; 91: 1116-20
36. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Concurrent and divergent validity of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 2003; 93: 776-8.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1 – Forma Española de “Collet-Lester Fear of Death Scale” (CLFDS)

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes por los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir? Lea cada frase y contéstela rápidamente. No utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensa ahora mismo. Marque el número que mejor representa su sentimiento.

	Mucho	Moderado			Nada
En relación a tu propia muerte	5	4	3	2	1
1.La total soledad de la muerte	5	4	3	2	1
2.La brevedad de la vida	5	4	3	2	1
3.Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4.Morir joven	5	4	3	2	1
5.Cómo será el estar muerto	5	4	3	2	1
6.No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7.La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
En relación a tu propio proceso de morir					
1.La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2.El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3.La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4.La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5.La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6.Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7.La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
En relación a la muerte de otros					
1.La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2.Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3.No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4.Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún no estaba viva	5	4	3	2	1
5.Envejecer solo, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6.Sentirte culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7.Sentirte solo sin ella	5	4	3	2	1
En relación al proceso de morir de otros					
1.Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2.Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3.Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4.Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5.No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de la persona querida	5	4	3	2	1
6.Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7.Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia.	5	4	3	2	1

8.2 Anexo 2 – Adaptación española de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)

1. Tengo mucho miedo a morirme.
2. Raramente pienso en la muerte.
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte.
4. Me asusta pensar que han de operarme.
5. No tengo ningún miedo a morirme.
6. No tengo un miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer.
7. Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte.
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.
12. Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta.
13. Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.
14. Me horroriza ver un cadáver.
15. Pienso que no tengo ningún motivo para temer el futuro.

8.3 Anexo 3 – Ítems del Inventario de la Ansiedad ante la Muerte (DAI)

1. Me angustia entrar en un cementerio.
2. La certeza de la muerte quita significado a la vida.
3. Me molesta oír hablar de temas relacionados con la muerte.
4. Siempre me ha preocupado la posibilidad de morir joven.
5. Me cuesta aceptar la idea de que todo se acabe con la muerte.
6. Pienso que sería más feliz si ignorase que he de morir.
7. Creo que tengo más miedo a la muerte que la mayoría de las personas.
8. Me preocupa envejecer.
9. Me cuesta mucho aceptar que he de morir.
10. Nunca aceptaría trabajar en una empresa funeraria.
11. Me asusta la idea de la nada después de la muerte.
12. La idea de la muerte me provoca inquietud.
13. Muchas veces me pregunto cuál será la causa de mi muerte.
14. Me gustaría vivir hasta una edad muy avanzada.
15. Los ataúdes me ponen nervioso.
16. Me preocupa lo que haya después de la muerte.
17. A menudo pienso que puedo tener una enfermedad grave.
18. La muerte es lo peor que puede sucederme.
19. Me impresiona mucho la visión de un cadáver.
20. Frecuentemente pienso en mi propia muerte.

8.4 Anexo 4 – Primer borrador encuesta

Encuesta nº
Unidad de trabajo:
Edad: años
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Tiempo ejerciendo la profesión: años
Tiempo de trabajo en unidades de críticos:años
Practica alguna creencia religiosa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Categoría profesional: Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/>

- 1) ¿Se considera una persona empática?
Sí No

- 2) ¿Se le ha muerto algún paciente a su cargo trabajando en la UCI?
Sí No

- 3) ¿Qué siente ante la muerte de uno de sus pacientes?
Es algo natural Fracaso y frustración Rabia
Es el fin del sufrimiento del paciente Tristeza
Ansiedad Depresión

- 4) ¿Cree que influye en usted la edad del paciente en cómo le afecta el caso?
Sí No

- 5) ¿Cree que influye en usted que el paciente tenga una edad similar a la suya?
Sí No

- 6) ¿Cree que influye en usted la duración de la estancia del paciente en la unidad?
Sí No

- 7) ¿Cree que influye en usted que pueda llegar a identificarse con el paciente tras conocer a su familia, su situación social, etc.?
Sí No

- 8) ¿Conocía los temores y deseos del paciente respecto a la muerte?
Depende de si llegan sedados o despiertos En pocas ocasiones
A veces Casi siempre
- 9) ¿Cree que se tienen en cuenta esos deseos?
Siempre En la mayor parte de los casos
En pocos casos Nunca
- 10) ¿Cree que algunos casos podrían considerarse encarnizamiento terapéutico?
Sí No
- 11) ¿Influye el tiempo que lleva trabajando en una unidad de críticos en cómo afronta la muerte de los pacientes?
Sí No
- 12) ¿Cree que el paso del tiempo hace que “se endurezca” o “se acostumbre” a este tipo de situaciones?
Sí No
- 13) Indique su opinión: ¿Cree que es importante que la familia esté presente en el momento de la muerte?
Sí No
- 14) ¿En tu unidad se facilita que estén presentes en ese momento?
Siempre Casi siempre A veces
Nunca Se facilita en ocasiones la despedida
- 15) Ante la muerte de un paciente, ¿presta algún tipo de apoyo a la familia?
Se acerca a ellos, ofreciéndoles consuelo e información
Disponible en la distancia, teniendo miedo a molestarles, respondiendo preguntas sólo si las hubiera
Se aleja dejándoles espacio
Aviso verbal o telefónico
Ninguna, considera que no es su función
- 16) ¿Cree que es función de enfermería dar apoyo a los familiares de los pacientes fallecidos?
Sí No

17) ¿Cree que hay algún factor que le impida tratar a la familia como le gustaría?

- Falta de conocimientos, no saber cómo actuar
- Bloqueo ante el dolor y el sufrimiento
- Desgaste emocional y estrés
- Sobrecarga de trabajo y recursos insuficientes
- Deshumanización de la asistencia
- Inexistencia de procedimientos estandarizados en la unidad
- No los hay

18) ¿Cree que es importante que los pacientes y familia reciban apoyo espiritual? Indique su propia opinión a nivel global.

- Sí No

Puntúe la siguiente cuestión del 1 al 5, siendo el 1 la peor puntuación y el 5 la mejor:

19) ¿Cómo valoraría la experiencia del morir y la muerte de los pacientes que fallecen en la UCI?

- 1 2 3 4 5

Formación

20) ¿Ha recibido formación relacionada con el proceso de morir específica para el personal de enfermería que pueda aplicar en el ejercicio de su profesión?

- Sí No

21) ¿La formación recibida le ha sido útil en la práctica diaria?

- Sí No

22) ¿Cree que necesita más formación?

- Sí No

23) ¿Sobre qué tema cree que necesita más formación? Indicar solo una respuesta.

- Counseling (su objetivo es asistir a personas que atraviesan conflictos, algún tipo de crisis, o que están en la búsqueda de mayor bienestar)
- Trato con la familia, cómo manejar sus emociones
- Cómo dar apoyo
- Otros. Indique cuáles:

Escala sobre la Ansiedad ante la Muerte (DAS, Donald Templer)

Indique verdadero o falso:

	VERDADERO	FALSO
1. Tengo mucho miedo a morirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alguna vez me viene a la cabeza la idea de la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No me pone nervioso/a cuando la gente habla sobre la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me horroriza pensar que tengo que tener una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No tengo miedo en absoluto a morirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tengo especialmente miedo a tener cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La idea de la muerte nunca me molesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A menudo estoy afligido porque el tiempo pasa muy rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo miedo a morir de una muerte dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me espanta tener un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A menudo pienso que la vida es realmente corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me estremezco cuando la gente habla de la tercera guerra mundial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La visión de un cadáver me horroriza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pienso que el futuro no me depara nada que temer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.5 Anexo 5 – Encuesta definitiva

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS”

A la atención del personal de enfermería: enfermeras y auxiliares de enfermería.

Esta encuesta forma parte de mi proyecto Fin de Máster. Es una encuesta totalmente anónima, presentada por las dos caras y que consta de un total de 19 ítems. Muy sencillos de contestar con una primera lectura.

Solicito su colaboración en este estudio cuyo objetivo es conocer la ansiedad que presentan los profesionales de enfermería que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos ante la muerte.

Si su experiencia laboral en estas unidades es superior a 6 meses, ruego su participación porque sin ella no podré proseguir con mi trabajo. Sus opiniones sinceras son fundamentales para que pueda realizar este estudio.

Muchas gracias por su atención y participación.

Sonia Fernández Garmilla, DUE.

Encuesta nº.....
Edad:años
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Tiempo ejerciendo la profesión:años
Tiempo de trabajo en unidad de críticos:años
Practica alguna creencia religiosa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Categoría profesional: Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/>

- ¿Ha recibido formación relacionada con el proceso de morir específica para el personal de enfermería que pueda aplicar en el ejercicio de su profesión?
Sí No
- ¿La formación recibida le ha sido útil en la práctica diaria?
Sí No
- ¿Cree que necesita más formación?
Sí No
- ¿Sobre qué tema cree que necesita más formación? Indicar solo una respuesta.
Counseling (su objetivo es asistir a personas que atraviesan conflictos, algún tipo de crisis, o que están en la búsqueda de mayor bienestar)
Trato con la familia, cómo manejar sus emociones
Cómo dar apoyo
Las 3 anteriores

Escala sobre la Ansiedad ante la Muerte (DAS, Donald Templer)

Indique verdadero o falso:

	VERDADERO	FALSO
1. Tengo mucho miedo a morirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Raramente pienso en la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me asusta mucho pensar que han de operarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No tengo ningún miedo a morirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tengo un miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me horroriza ver un cadáver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pienso que no tengo ningún motivo para temer el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.6 Anexo 6 - Solicitud de permiso para realización del estudio

8.7 Anexo 7 - Confirmación de permiso

