



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

*MIEDO A LA MUERTE Y EMPATÍA EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

Autora: Rebeca Álvarez de la Arena

Fecha: Mayo 2023

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo



CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

*MIEDO A LA MUERTE Y EMPATÍA EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

Trabajo Fin de Máster

Autora:

Rebeca Álvarez de la Arena

Tutora:

Alba Maestro González



Universidad de Oviedo



CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL

Índice

1. Introducción.....	9
1.1. Concepto de muerte.....	9
1.1.1 Visión de la muerte desde el ámbito sanitario y alumnado de enfermería....	10
1.1.2 Formación del alumnado ante la muerte.....	12
1.1.3 Medición del miedo a la muerte en alumnos de enfermería.....	14
1.2. Concepto de empatía	15
1.2.1. Capacidad empática del alumnado.....	18
1.2.2. Medición de la empatía en el alumnado	19
1.3. Justificación.....	21
2. Objetivos.....	23
3. Metodología.....	24
3.1. Tipo de estudio.....	24
3.2. Ámbito y tiempo de estudio.....	24
3.3. Población a estudio.....	24
3.4. Instrumento.....	25
3.5. Variables a estudio.....	26
3.6. Procedimiento.....	27
3.7. Análisis estadístico.....	28
3.8. Consideraciones éticas.....	28
3.9. Limitaciones del estudio.....	29
4. Cronograma.....	30
4.1. Fase I: Preparación de la investigación.....	30
4.2. Fase II: Elaboración de instrumentos de recogida de datos y aplicación.....	30
4.3. Fase III: Recogida de datos.....	31



4.4. Fase IV: Análisis de los datos recogidos.....	31
4.5. Fase V: Interpretación de los resultados y elaboración de conclusiones.....	31
5. Presupuesto.....	32
6. Bibliografía.....	33
7. Anexos.....	36
7.1. Anexo 1: Hoja de recogida de datos.....	36
7.2. Anexo 2: Consentimiento informado.....	41



Índice de abreviaturas

CLFODS	Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester
IRI	Índice de Reactividad Interpersonal
MMO	Miedo a la muerte de otras personas
MPM	Miedo a la propia muerte
MPMO	Miedo al proceso de morir de otras personas
MPPM	Miedo al propio proceso de morir
RAE	Real Academia Española



Índice de tablas

1. Fase I: Preparación de la investigación.....	30
2. Fase II: Elaboración de los instrumentos para la recogida de datos y aplicación.....	30
3. Fase III: Recogida de datos.....	31
4. Fase IV: Análisis de los datos recogidos.....	31
5. Fase V: Interpretación de los resultados y elaboración de conclusiones.....	31
6. Escala Jefferson para la hoja de recogida de datos.....	38
7. Escala Collett-Lester para la hoja de recogida de datos.....	40

1. Introducción

1.1 El concepto de muerte

La muerte, a pesar de ser un proceso natural e inevitable en el ser humano, es un tema tabú en la sociedad moderna ya que aparece asociada a tristeza, dolor, pérdida o fin. Además, esta se vive como un fenómeno extraño, imprevisto y fuera de los pensamientos cotidianos. (1)

Aun así, el concepto y las actitudes ante la muerte han evolucionado ya que hasta el pasado siglo XX, la muerte estaba relacionada con el envejecimiento y era un proceso natural pero sobre todo familiar, es decir, siempre rodeada de seres queridos. En cambio, hoy en día, la muerte aparece más asociada a un ámbito hospitalario debido principalmente a la evolución del dolor y la atención sanitaria. (2)

Asimismo, la esperanza de vida actualmente ha aumentado en consideración a las últimas décadas gracias a la medicina, lo que trae consigo un progresivo envejecimiento poblacional, incluyendo en él patologías crónicas, degenerativas e incluso neoplasias. (2)

De todas formas, pese a ser un proceso natural, consecuencia inevitable de vivir, según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente un 10% de la población mundial sufre trastornos mentales a causa del afrontamiento de la muerte de seres cercanos. Esto se debe a la exacerbación actual de los niveles de negación y ansiedad relacionado con este proceso humano inevitable, ya que hoy en día la causa más prevalente de la ansiedad experimentada por el ser humano es la muerte. Por lo tanto, es uno de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, no sólo en la propia persona, sino también en familiares y personal sanitario. Es por este motivo que existen factores tanto psicológicos como sociales que determinan la adaptación a la muerte, como pueden ser la cultura, religión o el nivel de estudios y es importante estudiarlos

dentro de los profesionales sanitarios y alumnado de enfermería, para adaptar así las circunstancias actuales, incluyendo el cuidado óptimo al final de la vida de los pacientes. (3)

1.1.1 Visión de la muerte desde el ámbito sanitario y alumnado de enfermería

Las personas conviven con el miedo a la muerte, en cambio, para los profesionales de enfermería, la muerte forma parte de su vida diaria ya que tratan continua y directamente con pacientes críticos. De este modo, deben enfrentarse a este fenómeno a lo largo de su vida profesional, incluyendo así un afrontamiento de este peligro y situación estresante, además de una aportación de soluciones o estrategias para mantener la integridad tanto física como psicológica del alumno o profesional sanitario ya que puede la muerte convertirse en un factor traumatizante para aquellos que no estén familiarizados con este tipo de situaciones o procesos, pudiendo desencadenar consecuencias como pensamientos negativos hacia el propio proceso de muerte, una disminución significativa de la calidad asistencial en el paciente terminal y sobre todo un aumento del estrés ante futuras situaciones similares. En consecuencia, son necesarios numerosos estudios e investigaciones dentro de este ámbito tanto hospitalario como extrahospitalario en los profesionales y futuro personal sanitario para abordar así las actitudes y mecanismos oportunos con el único fin de afrontar este proceso natural e inevitable en el ser humano. (4)

Las actitudes adoptadas ante la muerte de un paciente van siempre relacionadas con el concepto predeterminado que tienen sobre ella fuera del ámbito de trabajo. En consecuencia, esto puede influir positiva o negativamente. Por ello, el desarrollo de actitudes positivas es imprescindible para poder llevar a cabo unos cuidados necesarios con la mejor calidad de vida posible, centrándose siempre en proveer una buena muerte al paciente. Esto se basa en la aceptación de la muerte por parte del personal sanitario, previniendo así la intervención de sus propios miedos, ya que cuanto mayores sean estos, más negativas serán sus actitudes, pudiendo mostrar incluso conductas de



evitación o rechazo, centrándose sólo en la parte técnica del tratamiento y excluyendo así la parte espiritual y psicosocial, siendo estas dos últimas muy necesarias en este tipo de pacientes. (5)

Uno de los principales recursos utilizados para enfrentarse a la muerte de los pacientes es la distancia emocional, es decir, la evitación de relaciones afectivas ya que en muchas ocasiones e inevitablemente, la muerte no se contempla de igual modo en los pacientes, ya sea por su edad o enfermedad, por ejemplo. El profesional de enfermería se encuentra en constante relación con el paciente, siendo el receptor principal del dolor y de las preocupaciones que estos sufren prácticamente a diario, creando un vínculo enfermero-paciente esencial en el cuidado, por lo que es necesaria la adopción de habilidades que impliquen cercanía y compromiso, pero siempre sin exceder los límites de relación afectiva con el enfermo. (5)

Aun así, la muerte de un paciente afecta de distinta forma al alumno o profesional, ya que estos últimos tienen adoptada una capacidad mental ante esta variable debido a la experiencia. En cambio, para los alumnos, presenciarla durante sus primeros años de carrera, puede afectarles psicológica y emocionalmente. El miedo, en consecuencia, presente en la mayoría de estudiantes y profesionales sanitarios, está íntimamente relacionado con la ansiedad, amenaza, incertidumbre y peligro. (5,6)

Para toda persona, presenciar el proceso de muerte, hace reflexionar sobre su propia existencia y fin, lo que trae consigo una actitud de evitación. En cambio, para los profesionales sanitarios, al formar parte de su trabajo, creen necesario generar una serie de actitudes y mecanismos para afrontar la muerte en su alrededor ya que podría generar respuestas y sentimientos difíciles de gestionar dentro del ámbito hospitalario. Por ello, es necesaria una previa preparación de los

profesionales sanitarios, incluyendo así una disminución del grado de ansiedad que la muerte trae consigo. (6)

1.1.2 Formación del alumnado ante la muerte

Actualmente, la demanda sanitaria al final de la vida ha aumentado debido al gran auge de la medicina, desarrollando y mejorando cada día los cuidados paliativos en función de las necesidades de la población, siendo su principal objetivo el control de los síntomas en vez de la curación. Por ello, todo profesional sanitario debe adoptar la capacidad de “acompañar emocionalmente” al paciente terminal, no sólo mediante técnicas paliativas, sino también a través de la escucha y una actitud compasiva de cara al enfermo y su entorno. Por ello, es imprescindible la formación de estos profesionales para lograr adoptar este vínculo enfermero-paciente, caracterizado principalmente por la proximidad o cercanía, pues el profesional de enfermería es el receptor principal del dolor o preocupaciones sufridas por estos pacientes. (2,7)

Las actitudes adoptadas ante este proceso inevitable son aprendidas, así como influidas por aspectos o variables personales, como pueden ser las creencias religiosas o el nivel de estudios del alumno o profesional sanitario. (8)

Existe una gran variabilidad de opiniones con respecto a la formación y adaptación de los estudiantes ante la muerte. Según el estudio de Reyes García en 2020, “los futuros profesionales sanitarios desarrollan aptitudes y actitudes que les permiten enfrentarse a diversas situaciones complejas, como es el caso de la muerte”. En cambio, muchos otros estudios, como es el de Hanzeliková A. et al, aseguran que “la educación en cuidados paliativos y tanatología sólo está presente de forma esporádica en los planes de estudio académicos actuales” e insiste en la necesidad de agrupar y profundizar en otra serie de criterios relacionados con la muerte que, a día



de hoy, son relevantes. Da importancia, entre otros, al análisis de los problemas que trae la muerte consigo, los posibles temores que la rodean y sobre todo a su cuidado previo. (3,4)

Debido a la falta de formación y abordaje orientados a una mejor comprensión de la muerte, cada uno interpreta y actúa en base a su propia idea. En consecuencia, estas actitudes determinan la calidad de atención que recibe el paciente y su familia, cuando el objetivo de todo profesional sanitario es mantener o mejorar la calidad de vida de este ofreciendo así una serie de cuidados óptimos en función de su enfermedad, así como garantizar una muerte digna a aquellos pacientes que se enfrenten a enfermedades progresivas e incurables. Esta última evita e impide el sufrimiento del paciente, además de mantener la dignidad y funcionalidad hasta el último segundo de vida. (3,7)

Durante la formación profesional, el compromiso a priorizar el cuidado de la salud del paciente está siendo continuamente interiorizado, tratando de garantizar así una calidad de vida óptima en función a su enfermedad, por lo que la vida en riesgo de un paciente desarrolla inseguridad en estos futuros profesionales y la muerte se convierte en sinónimo de fracaso o ineficacia de los cuidados realizados. En consecuencia, el solo hecho de enfrentarse a la muerte puede llegar a ser de difícil aceptación. (3,5,9)

Por otro lado, la falta de preparación y desarrollo de habilidades y estrategias de los futuros profesionales sanitarios a la hora de afrontar la muerte pueden traer consigo cierto grado de impacto emocional en estos, así como la posible manifestación de ansiedad, miedo o estrés, pudiendo trascender en su vida personal según el grado de empatía que desarrolle, por lo que es importante una preparación emocional del personal sanitario durante su carrera profesional. (4)

Existen, por tanto, diferentes actitudes por parte de los alumnos de enfermería ante la muerte de un paciente. En primer lugar y con mayor prevalencia está la evitación, conducta de rechazo ante esta variable o temas asociados a ella, pudiendo estar relacionada con traumas personales previos y caracterizada por la incapacidad del individuo a afrontar experiencias negativas ya que van acompañadas de inseguridad e inestabilidad emocional.

En segundo lugar, la actitud de aceptación se caracteriza por la positividad ante esta variable y el desarrollo de habilidades tanto profesionales como sociales con el único fin de afrontar la muerte del paciente, respetando siempre la ética de la persona.

Finalmente se encuentra el temor, ligado normalmente a la ansiedad. Esta actitud acaba repercutiendo en el cuidado del paciente. El miedo o temor se encuentra a menudo en el alumno de enfermería en el qué hacer, qué decir o cómo ayudar ante estas situaciones críticas. (3,6)

La muerte resulta compleja e incomprensible desde estas perspectivas y es importante tenerla en cuenta en la formación académica. Aun así, no siempre su formación es efectiva ya que no se obtienen las actitudes y, en consecuencia, los efectos esperados. (3)

1.1.3 Medición del miedo a la muerte en estudiantes de enfermería

Es importante también conocer el nivel o grado de miedo a la muerte que presenta el alumno y profesional sanitario, así como sus actitudes ante este fenómeno para así poder formar, adaptar y, por tanto, abordar actitudes que respondan de forma correcta ante este proceso humano natural e inevitable, ya que pueden ayudar a mejorar la práctica médica y enfermera. Por ello, una forma de medirlo es mediante autoinformes, siendo necesarias una serie de variables, como pueden ser el sexo, edad, nivel de estudios, religión, valores, apoyo familiar y social, personalidad, estado actual de salud, experiencias con la muerte y previa educación sobre esta, entre otros. La variable edad, previamente mencionada, es un claro ejemplo de determinación del nivel del miedo ya que, en

edades entre 18 y 30 años, los niveles de estrés aumentan, existiendo así un mayor rechazo ante este proceso natural e inevitable, según estudios como el de Reyes García. (3,5)

Así, los niveles de miedo y ansiedad pueden ser justificados y, posteriormente, adaptados con el único fin de mejorar la práctica tanto médica como enfermera, teniendo siempre en cuenta el cuidado y calidad de vida del paciente.

Otra forma de medir el miedo a la muerte en los alumnos y profesionales sanitarios es mediante la observación sistemática de conductas en situaciones naturales, es decir, de la vida personal; aunque es una medición poco efectiva hoy en día. (5)

Además de la medición de estas variables, existen escalas a nivel mundial capaces de determinar con exactitud el nivel de miedo y ansiedad a la muerte. Un ejemplo de estas es la escala Collett-Lester, uno de los instrumentos más empleados en los estudios psicológicos relacionados con el tema. Asimismo, cuenta con varias adaptaciones. (1,5)

La escala Collett-Lester resulta útil en los alumnos de enfermería para identificar el miedo a la propia muerte, el miedo a la muerte de otros, como pueden ser los pacientes de un hospital; el miedo al proceso de morir propio y, sobre todo, el miedo al proceso de morir de terceras personas. Estudios como el de Luis Pérez García, et al en 2018, demuestran su validez mediante el análisis del miedo a la muerte en alumnos mexicanos de enfermería. (1,8)

1.2 El concepto de empatía

Otra variable a medir en los estudiantes de enfermería, así como en los profesionales sanitarios es su nivel de empatía. Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE) se puede definir como “sentimiento de identificación con algo o alguien”, así como “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”. Esta cumple un papel importante en la interacción entre los

profesionales de enfermería y los pacientes ya que incluye factores morales, cognitivos y emotivos, interactuando siempre entre sí. Además, a través de ella se pueden apreciar sentimientos y pensamientos de los demás, consiguiendo así una calidez emocional y un mayor compromiso, afecto y sensibilidad. Por ello, en el sector de la atención sanitaria, la empatía del profesional y alumnado es fundamental para la prestación de servicios de calidad. (10)

Existe controversia a la hora de definir la empatía dentro del alumno y personal sanitario, aunque actualmente se enlaza con la capacidad de comprensión, no sólo de las preocupaciones del paciente como individuo, sino también de sus experiencias y perspectivas; al igual que de la disminución del desapego emocional. Esta forma de entender la empatía evita, asimismo, las interferencias en la objetividad de los profesionales. (11)

La empatía desde el punto de vista clínico aborda cuatro dimensiones relacionadas siempre entre sí. La primera se centra en la parte emotiva reconociendo, comprendiendo y sobre todo respetando las emociones de los pacientes. En segundo lugar aparece la dimensión moral, basada principalmente en la motivación adoptada de todo alumno y profesional sanitario para empatizar con los pacientes. La tercera se asocia a la dimensión cognitiva, capaz de identificar las emociones de terceras personas y, por último, la dimensión conductual, habilidad adquirida para transmitir dichas emociones. (12)

Es una habilidad que todo alumno y personal sanitario debe adquirir para fortalecer el vínculo enfermera-paciente. Asimismo, existe una relación directa entre la disminución de los niveles de estrés del paciente y la capacidad empática del alumno y profesional, así como la obtención de unos resultados clínicos mejores y una mejor y rápida adherencia al tratamiento establecido debido a

una mayor precisión del diagnóstico y a una aportación mayor de información sobre los síntomas del paciente, lo que garantiza una atención de calidad. (3)

Además, según estudios como el de JM Galán et al. un aumento de los niveles de empatía en el personal sanitario pueden traer consigo la reducción de la estancia hospitalaria de muchos pacientes, ya que además de lo previamente mencionado, los resultados en las pruebas de sangre de pacientes diabéticos, entre otros muchos ejemplos, mejora. Por tanto, el nivel de empatía determina el grado de satisfacción del paciente por la atención recibida, además de un estado de bienestar mental para el enfermero, previniendo así un agotamiento emocional o una posible insatisfacción profesional. (11)

Aun así, algunos autores como Galán González JM, no sólo consideran que los profesionales muestran poca empatía a la hora de realizar su trabajo, sino que también existen varios niveles de esta variable entre los alumnos de enfermería en función de su edad, género o competencia clínica, entre otros. También, otros autores como Montilva M, ven preocupante el porcentaje de disminución de empatía en los alumnos de enfermería durante sus años de formación. Estos datos pueden ir ligados a los modelos de docencia vigentes en algunos centros, basados únicamente en conocimientos teóricos, así como a la carga laboral de los profesionales sanitarios y la falta de recursos, limitando la enseñanza y práctica de esta, por lo que es importante resaltar la empatía como una meta en la formación médica y enfermera. Además, el sexo, clase social, experiencia laboral, situación familiar y emocional; formación previa y estado civil de cada alumno y profesional sanitario puede influir en su nivel de empatía, ya que muchas de estas variables pueden ir ligadas a un mayor nivel de esta, como la formación previa o estar casado, por ejemplo. También, autores como Mayo G et al, explican la controversia observada en los niveles de empatía medida en otras variables, como puede ser el sexo. (11,13)

1.2.1 Capacidad empática del alumnado

La empatía ejerce un papel esencial sobre la calidad de la atención sanitaria. Por ello, es un factor central en muchas teorías de la enfermería, lo que explica la importancia de su desarrollo y reconocimiento durante los cuatro años de formación. Aun así, hoy en día existe un descuido en su formación a los futuros profesionales sanitarios, lo que conlleva a un estancamiento o disminución de esta conforme a la experiencia clínica que van adoptando los estudiantes. Esto ocurre debido a la escasa evidencia empírica sobre la relación directa entre el nivel de empatía adoptado y las prácticas clínicas de estos futuros profesionales sanitarios. Por ello, la preocupación entre los educadores de las profesiones sanitarias ha sido evidente en estos últimos años, no sólo en cuanto a la prevención del deterioro, sino en cuanto a cómo mantener el nivel de empatía necesario entre los estudiantes. (3,11)

Por consiguiente, es necesaria una formación de los alumnos para desarrollar las habilidades interpersonales pertinentes, ya que adquieren tanta importancia como el manejo de las nuevas tecnologías o la utilización de recursos didácticos en las diversas situaciones clínicas. Además, una de las cualidades más importantes que debería presentar todo enfermero según los pacientes encuestados en estudios como el de Montilva M, et al, es su capacidad empática. La adquisición de protección frente a sensaciones estresantes se logra mediante una formación continuada del personal sanitario, adquiriendo conocimientos y actitudes superando los posibles pensamientos de incapacidad. Además, es necesario conocer la importancia de la persona y no del problema, considerando imprescindible una adquisición de habilidades necesarias a nivel social y emocional para lograr una buena relación terapéutica. (13)

La disminución del grado de empatía durante la formación académica es un problema actual en el ámbito sanitario. Este se encuentra relacionado, entre otros factores, con el inicio de las prácticas

clínicas. Según estudios como el de González-Serna JMG, et al, este problema se asocia también a la edad del alumno y, por tanto, a su escasa experiencia con la muerte y la enfermedad. Además, existen otros factores que disminuyen la capacidad empática del alumnado, como pueden ser el miedo a cometer errores o incluso la presión sufrida durante el curso académico. (11)

Por otro lado, autores como Montse Esquerda et al. argumentan en sus estudios el aumento de la empatía de los alumnos a lo largo de su formación académica, siendo este aumento más considerable en mujeres. Por ello, hoy en día existe controversia a la hora de formar a los alumnos en estas actitudes y aptitudes tan necesarias. (14)

De todas formas, para todo personal sanitario y alumnado de este sector es importante conocer también las consecuencias negativas que traen consigo un nivel de empatía elevado en el alumno o personal sanitario, como pueden ser el síndrome de burnout, estrés o fatiga de compasión. El desarrollo de la empatía está íntimamente relacionado con la práctica de las competencias emocionales y, además, existen factores como pueden ser la intencionalidad sobre la especialidad elegida, los valores ético-morales, las experiencias empáticas o incluso el entorno socio-cultural, los cuales pueden llegar a modificar la actitud del alumno y personal sanitario. Por ello, las universidades deben insistir en la formación, atribución y desarrollo correctos de la empatía. (15)

1.2.2 Medición de la empatía en el alumnado

Es importante conocer también el nivel de esta variable en los alumnos, aunque los valores suelen ser modificables y posteriormente desarrollados con la práctica clínica debido a la fácil influencia que la caracteriza. (16)

Los niveles de empatía se pueden determinar hoy en día con exactitud mediante escalas mundiales adaptadas a cada país. Es cierto que, a la hora de estimar la empatía en estudiantes de Ciencias de



la Salud, se deben tener en cuenta tanto independientemente como en su conjunto, tres componentes principales, que son la capacidad de compasión, la capacidad de ponerse en el lugar del paciente y la capacidad de comprensión. La suma de todos estos factores evita, entre otros, el contagio emocional. (17)

Existe una escala precursora del resto llamada escala de Dymond. Está basada en dos subescalas, las cuales miden la capacidad de la persona encuestada para ponerse en el lugar del otro. Por ello, se centran la puntuación de adjetivos refiriéndose tanto a terceras personas como a los propios encuestados. La escala más actualizada y, por tanto, más utilizada hoy en día es el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), el cual ofrece una medida multidimensional de la empatía. Este mide aspectos separados del concepto global de empatía. Divide principalmente la empatía cognitiva, basada en la comprensión de los sentimientos y opiniones de terceras personas; y la afectiva o emocional, que mide la respuesta emocional de quien observa el estado afectivo de terceras personas. (17,18)

También es muy común el estudio del nivel de empatía mediante la escala Jefferson, utilizada y validada en diferentes países e idiomas debido a su capacidad de discriminación y convergencia, es decir, sin guardar relación con cualquier otro tema distinto a la empatía; siendo 20 la puntuación mínima y 140 la máxima de esta variable. Se basa en la medición de tres componentes específicos relacionados todos entre sí, los cuales son la toma de perspectiva, la atención con compasión y la habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”. (13)

1.3 Justificación

El aumento de la demanda sanitaria con respecto a las últimas décadas es evidente, incluyendo los cuidados paliativos. Esto ocurre debido al envejecimiento de la población, donde destacan las enfermedades terminales, aumentando los requerimientos asistenciales y alejando la muerte del escenario doméstico y centrándola en el ámbito sanitario. (19)

Por ello, el presente proyecto busca conocer los niveles de empatía y miedo a la muerte en los futuros profesionales sanitarios, siendo estos muy necesarios en una atención de calidad, no sólo en los enfermos, sino también en los pacientes terminales, incapaces de garantizar una mejoría en su salud.

Para todo futuro y actual profesional sanitario, la muerte forma parte de su vida diaria al ser un proceso natural e inevitable en el ser humano. En consecuencia, pese a la gran evitación de este fenómeno por parte de la mayoría de la población, los profesionales sanitarios deben enfrentarse a ella con la mayor naturalidad y mejor actitud posible, garantizando así una asistencia y unos cuidados óptimos y de calidad. Por lo tanto, conocer el nivel de esta variable en el alumnado es crucial para adoptar medidas en su formación, logrando así unas actitudes y habilidades aptas ante este proceso. (4)

Por otro lado, un nivel adecuado de empatía en el profesional sanitario favorece la relación enfermera-paciente, garantizando así beneficios para ambos, como una adherencia más rápida al tratamiento, unos resultados mejores e incluso un nivel de estrés más reducido tanto en el paciente como en el personal sanitario. En cambio, aunque actualmente se conoce la importancia de la empatía en la práctica clínica enfermera, el personal sanitario muestra niveles inferiores de esta variable, siendo estos perjudiciales para ambos. Por ello, es necesario conocer los niveles de empatía durante la formación académica de los futuros profesionales, para así garantizar el establecimiento de unos niveles adecuados y optimizar la calidad de los cuidados hospitalarios. (7)



La necesidad de conocer hoy en día los niveles de empatía y miedo a la muerte en los alumnos se debe a la ausencia de estudios a nivel nacional relacionados con estas variables y sus beneficios, viendo en la práctica clínica evidencias sobre la falta de formación y, por tanto, habilidades y conductas adecuadas, por lo que es necesario profundizar en esta materia mediante el conocimiento de estas variables en el alumnado y una posterior formación.



2. **Objetivos**

Objetivo principal:

- Conocer los niveles de empatía y miedo a la muerte en los alumnos de enfermería de la Universidad de Oviedo.

Objetivos secundarios:

- Identificar los niveles de empatía y miedo a la muerte en función de cada curso académico.
- Reconocer las variables sociodemográficas que influyen directamente en los niveles de miedo a la muerte y empatía en el alumnado de enfermería.

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

3.2 Ámbito y tiempo de estudio

Los centros seleccionados para la realización de este estudio serán las dos facultades de Enfermería pertenecientes a la Universidad de Oviedo, incluyendo la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud situada en Oviedo y la Facultad de Enfermería de Cabueñes, en Gijón.

La recogida de datos se efectuará durante el mes de octubre del curso académico 2023-2024, valorando así la evolución de empatía y miedo a la muerte durante la formación académica.

3.3 Población a estudio

La población a estudio serán todos los alumnos pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Oviedo, incluyendo la Facultad situada en Oviedo y la Facultad de Gijón. Los criterios de inclusión serán:

- Estudiantes matriculados en el Grado de Enfermería de la Universidad de Oviedo durante el curso académico 2023/2024.
- Que acepten participar en este proyecto voluntariamente y cumplimenten al menos un 50% de la hoja de recogida de datos.

Siendo criterios de exclusión:

- Ser menor de edad durante el periodo de recogida de datos, es decir, en el mes de octubre del curso académico 2023/2024.

3.4 Instrumento

Se elaboró una hoja de recogida de datos (Anexo 1) que incluye, en primer lugar, las variables sociodemográficas edad, sexo, centro de realización de las prácticas, curso de enfermería actual, situación sentimental, hijos, personas a cargo, situación laboral y trabajo relacionado con la sanidad; así como las escalas validadas al español de Miedo a la Muerte de Collett-Lester y Jefferson, relacionada con el nivel de empatía. (20,21)

Por un lado, la escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFODS) fue creada en 1969 (20) con el fin de eliminar el problema de heterogeneidad de escalas utilizadas para medir el miedo a la muerte, siendo este último un concepto multidimensional, llegando a producir diversas reacciones ante el proceso de muerte. Además, gracias a este instrumento, se pueden permitir investigaciones determinantes para la calidad de atención y calidad de vida de los pacientes terminales. En los últimos años, esta escala ha sido validada en diferentes contextos culturales, evidenciando siempre características psicométricas aceptables. En consecuencia, existe un índice de confiabilidad para esta escala mediante el método de test-retest y Alfa Cronbach, adquiriendo así su validez en los últimos años. También recientemente, expertos han traducido esta escala a una versión en español. (22)

Se distinguen cuatro subescalas dentro de CLFODS, que son el miedo a la propia muerte (MPM), el miedo a la muerte de otras personas (MMO), miedo al propio proceso de morir (MPPM) y el miedo al proceso de morir de otras personas (MPMO). Cada una de estas subescalas cuenta con siete ítems medidos con una escala categorizada desde 1 (nada) a 5 (mucho). La versión final de esta escala en 2003 cuenta con 28 ítems, siendo previamente eliminados aquellos no validados por Alfa de Cronbach. (20)

Por otro lado, la Escala Jefferson de Empatía fue creada en 2002 (23) con el fin de estimar el nivel de empatía en los profesionales y estudiantes del ámbito sanitario. Además, se caracteriza por ser una escala traducida y validada en diferentes idiomas, incluido el español. Asimismo, gracias a su fiabilidad, esta escala está validada mediante Alfa de Cronbach, el coeficiente de Spearman-Brown y Omega de McDonald's. Está compuesta por 20 preguntas, contando con una puntuación del 1 al 7, siendo 1 "totalmente en desacuerdo" y 7 "totalmente de acuerdo". Su puntuación total se obtiene con la suma total de los ítems. Por ello, presenta una puntuación mínima de 20 y máxima de 140, donde la capacidad empática es directamente proporcional a la puntuación, es decir, a mayor puntuación, mayor empatía presentará el alumno o profesional sanitario. Por último, esta evalúa tres componentes principales, que son la toma de perspectiva, el cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro. (24)

3.5 Variables a estudio

- Variable edad: variable cuantitativa, su respuesta es numérica, en años.
- Variable sexo: variable cualitativa dicotómica, categorizada en dos opciones: hombre o mujer.
- Variable curso: variable cualitativa politómica, cuya respuesta puede ser: primero, segundo, tercero o cuarto. Esta variable indica el año del grado cursado.
- Variable centro: variable cualitativa dicotómica, categorizada en dos opciones: Oviedo o Gijón.
- Variable estado civil: variable cualitativa politómica, categorizada en cuatro opciones (soltero, casado, divorciado, viudo).
- Variable hijos: variable cualitativa dicotómica, categorizada en dos opciones: sí o no.
- Variable personas a cargo: variable cualitativa dicotómica, cuya respuesta puede ser sí o no.



- Variable trabajo: variable cualitativa dicotómica, cuyas respuestas pueden ser activo o en paro.
- Variable Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester: variable cualitativa politómica, basada en respuestas como: mucho (5), moderado (4-3-2) y nada (1). Así, la puntuación final máxima será 140 y la puntuación mínima 28. Aun así, para calcular el miedo a la muerte se debe hacer un promedio de todas las respuestas, donde el miedo será bajo si la puntuación es menor que 2, moderado entre 2 y 4 y alto cuando sea mayor que 4.
- Variable Escala de Jefferson relacionada con la empatía: variable cuantitativa politómica, basada en respuestas como: totalmente de acuerdo (7) y totalmente en desacuerdo (1), siendo 140 la puntuación máxima y 20 la puntuación mínima. Esta es directamente proporcional al nivel de empatía, es decir, cuanto más alta sea la puntuación, mayor será el nivel de empatía del alumno.

3.6 Procedimiento

Antes de comenzar con el reparto de las encuestas, se solicitará la autorización de ambas facultades pertenecientes a la Universidad de Oviedo para la realización de este proyecto, así como la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Una vez aprobados ambos consentimientos, será necesario concretar con los tutores de cada curso el horario en el que acudir durante el mes de octubre para interrumpir así lo menos posible con el seguimiento de la asignatura pertinente, siendo necesario asistir al menos dos veces para conseguir el mayor número de encuestas posibles, teniendo en cuenta que habrá alumnos que no acudan a clase uno o ambos días por diversos motivos.

Así, se repartirán las encuestas a estos alumnos de Grado tras un consentimiento previo tanto verbal como escrito (Anexo 2) para su participación en el estudio, además del carácter voluntario, anónimo y no compensatorio de este.

Finalmente, para completar el documento se dejará un tiempo máximo de quince minutos, siendo esta encuesta válida si sus respuestas superan el 50% del total.

3.7 Análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo de cada variable. La comparación de variables cuantitativas entre dos grupos se llevará a cabo a través del test t de Student (con la correlación de Welch si las varianzas son distintas), o del test de Wilcoxon para muestras independientes según se verifique o no la hipótesis de normalidad. La comparación de variables cuantitativas entre 3 categorías se realizará con el test ANOVA y el test post hoc de Tukey o del test de Kruskal-Wallis y test post hoc de Dunn, según se cumplan o no las hipótesis previas de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homocedasticidad (test de Bartlett y test de Ansari-Bradley). El coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman y el contraste de hipótesis asociado se emplearán para el estudio de relación lineal entre variables continuas en función del cumplimiento o no de la hipótesis de normalidad. Se empleará un nivel de significación de 0,05. El análisis estadístico se efectuará mediante el programa R (R Development Core Team), versión 3.4.3.

3.8 Consideraciones éticas

Los participantes de este estudio no se verán beneficiados ni recibirán ningún tipo de compensación económica por su participación. Este proyecto de investigación contará con la autorización de ambos centros de la Universidad de Oviedo. Además, seguirá las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y el informe Belmont, así como las Paulas CIOMS. Asimismo, se realizará de acuerdo con los principios y normas éticas básicas recogidas en el Convenio sobre los Derechos

Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo) salvaguardando la identidad de los pacientes, siendo su información confidencial, en cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta el tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de esos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de la Protección de Datos).

La puesta en marcha de esta investigación se ejecutará con la firma previa del consentimiento informado (Anexo 2) además de una hoja informativa con su explicación correspondiente.

Para la realización de este proyecto, es necesaria la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

3.9 Limitaciones del estudio

El principal posible e inevitable sesgo de este proyecto es el de selección debido a la realización de las encuestas únicamente durante el mes de octubre, pues habrá alumnos que no asistan a clase durante esos días por diversos motivos. Asimismo, por esa razón existirá una gran probabilidad de caer en un error aleatorio. En consecuencia, se intentará encuestar a todos los alumnos posibles en ese rango de tiempo. Por último, otro sesgo presente en este estudio se relaciona con la valoración por medio de las escalas previamente mencionadas (Jefferson y Collet-Lester). Resulta evidente que, al utilizar escalas, cada alumno puede tener opiniones diferentes con respecto a los aspectos a valorar, por lo que se considera la existencia del propio sesgo de complacencia presente en este trabajo.



4. Cronograma

Fase I: Preparación de la investigación

2023	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Selección de tema a investigar				
Revisión bibliográfica				
Acotación del problema a investigar				
Planteamiento de objetivos e hipótesis del estudio				
Selección del método a utilizar				
Definición de las muestras				

Fase II: Elaboración de instrumentos de recogida de datos y aplicación

2023	Septiembre	Octubre
Elaboración del documento informativo brindado al alumno de cuarto curso participante del ensayo		
Elaboración del consentimiento informado para participar en el ensayo		
Recogida de datos		



Fase III: Recogida de datos

2023	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Recogida de datos					

Fase IV: Análisis de los datos recogidos

2023-2024	Noviembre	diciembre	Enero
Contacto con las bases de datos y recogida de los mismos			
Exportación de datos a SPSS 20.0 y R			
Análisis de datos con SPSS 20.0 y R			

Fase V: Interpretación de resultados y elaboración de conclusiones

2024	Febrero	Marzo
Discusión de los resultados		
Producción de conclusiones		
Aportaciones de la investigación		
Limitaciones del estudio		
Propuesta de futuras investigaciones		

5. Presupuesto

Los gastos previsibles para la realización de este proyecto se reúnen en los siguientes apartados:

- Material bibliográfico, el cual incluye la compra de libros y revistas. Se prevé un gasto máximo de 600 euros.
- Material fungible, incluyendo en este apartado la impresión de las encuestas y consentimientos a completar por los alumnos de primero y cuarto de Enfermería de la Universidad de Oviedo. Se prevé un gasto máximo de 100 euros, dado que las fotocopias se realizarán en la copistería Saavedra, situada en la Avenida Manuel Llaneza de Gijón y el coste de cada fotocopia en blanco y negro es de 0,05 cts.
- Otros gastos: Con el fin de sufragar los gastos de la publicación de los resultados obtenidos en este proyecto en libros y revistas mediante el formato Open Access, serán necesarios 5000 euros.

Resumidamente, el presupuesto final para llevar a cabo este proyecto será de 6000 euros.

6. Bibliografía

1. Tomás-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. Spanish Adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud.* 2007; 31(3): 249-60.
2. Mencías Rivas AI. Actitudes para el cuidado al final de la vida en estudiantes de enfermería [Trabajo Fin de Grado]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2020.
3. Díaz Valentín MJ, Garrido Abejar M, Fuentes Chacón RM, Serrano Parra MD, Larrañaga Rubio E, Yubero Jiménez S. Relación entre empatía y experiencia clínica en estudiantes de enfermería. *Nure Inv.* 2018; 15(97): 2-5.
4. Hanzeliková Pogrányivá A, García López MV, Conty Serrano MR, López Davila Sánchez B, Martín Barriga JM, Martín Conty JL. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. *Enferm Glob.* 2014; 13(1): 133-56.
5. 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]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.
6. Cervantes SG. Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
7. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes [Internet]. Chile: *Cienc Enferm*; 2009 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. Palomar Gallardo MC, Romero Palomar M, Pérez García E, Romero Palomar MI. Educar para la vida y la muerte a los estudiantes de Enfermería: “del miedo al amor”. *Enferm Cuid Humaniz.* 2020; 9(1): 63-79.

9. Banazeski Freitas TLL, Eisele AC, de Souza A, Bitencourt EN, de Oliveira Vargas JV, de Souza S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enferm Glob.* 2016; 41: 322-334.
10. Santander-Díaz K. Empatía y declinación empática por curso y sexo en estudiantes de enfermería. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2021; 37 (2):e1115.
11. Galán González-Serna JM, Romero Serrano R, Morillo Martín MS, Alarcón Fernández JM. Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicol Educ.* 2014; 20(1): 53-60.
12. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy: A review. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(5): 524-30.
13. Montilva M, García M, Torres A, Puertas M, Zapata E. Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Investig En Educ Médica.* 2015; 4(16):223-8.
14. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria.* 2016; 48(1): 8-14.
15. Perdigon AGC, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2015; 25(2): 485-500.
16. Estrada de Velasco N, Arévalo de Roque Y, Fuentes de Sermeño R, Díaz Narváez VP. Empatía y sus componentes en estudiantes de odontología, medicina y enfermería de la universidad evangélica de El Salvador [Tesis Doctoral]. El Salvador: Universidad Evangélica de El Salvador; 2016.
17. Olivera J, Braun M, Roussos AJ. Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Redalyc.* 2011; 20(2): 121-132.
18. Fernández-Pinto I, López Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *An Psicol.* 2008; 24(2):284-298.



19. Albers G, Francke AL, de Veer AJE, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. *Patient Educ Couns.* 2014; 94(1): 4-9.
20. Venegas ME, Alvarado Sanhueza O, Barriga O. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011; 19(5): 1171-80.
21. Fortich Mesa N, Díaz-Narváez VP. Atitude empática em estudantes de odontologia da Universidade Corporation Rafael Núñez na cidade de Cartagena. *Rev Cienc Salud.* 2018; 16(1): 129.
22. Mondragon-Sanchez EJ, Landeros-Olvera E, Pérez-Noriega E. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett – Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. *MedUNAB.* 2020; 23(1): 11-22.
23. Díez N, García del Barrio L, Cristina Rodríguez-Díez M, Martín-Lanas R, Gea A, João Costa M. Validation of the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy Spanish Version in Primary Care. *Fam Med.* 2022; 54(8): 621-8.
24. Mayo GV, Quijano EG, Ponce DA, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Rev Neuropsiquiatr.* 2019; 82(2): 131-40.

7. Anexos

Anexo 1. Hoja de recogida de datos

Hoja de recogida de datos: evolución del miedo a la muerte y empatía en los alumnos de Enfermería de la Universidad de Oviedo

La finalidad de este estudio es Conocer la evolución de los niveles de empatía y miedo a la muerte en los alumnos de enfermería.

El presente documento consta de tres partes, siendo explicada en cada una su correcta cumplimentación. Asimismo, el presente documento es completamente anónimo.

PRIMERA PARTE

En esta primera parte es necesario rellenar todos los apartados, incluyendo en estos información y datos personales.

1. Edad:

2. Sexo:

3. Centro de realización de las prácticas:

HUCA

HSA

Mieres

Otros:

4. Curso de enfermería actual:

1

2

3

4

5. Situación sentimental:

Soltero

Casado/Pareja

Separado

Divorciado

Viudo

6. ¿Tiene usted hijos?

- Sí
 No

7. ¿Tiene usted alguna persona a su cargo? (sin contar hijos)

- Sí
 No

8. Situación laboral:

- Activo
 En paro
 Jubilado

9. ¿Trabaja de algo relacionado con la sanidad? (Auxiliar, técnico de laboratorio...):

- Sí

Especificar:

.....

- No

SEGUNDA PARTE

La segunda parte corresponde a la escala Jefferson, la cual mide el nivel de empatía. Esta consta de 20 ítems, donde deberéis valorar de 1 a 7 en función del grado de acuerdo o desacuerdo que estéis con cada uno. La escala funciona de la siguiente manera:

- **1: totalmente en desacuerdo**
- **2: en desacuerdo**
- **3: algo en desacuerdo**
- **4: ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- **5: algo de acuerdo**
- **6: de acuerdo**
- **7: totalmente de acuerdo**



Al lado de cada ítem debéis marcar con una cruz (X) el cuadrado correspondiente a la columna del número con el que queráis puntuar ese ítem. Por ejemplo, si al ítem 1 quieres puntuarlo con un 2, se hará de la siguiente manera:

	1	2	3	4	5	6	7
Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos		x					

		1	2	3	4	5	6	7
1	Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico							
2	Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos							
3	Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes							
4	Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente							
5	Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico							
6	La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente							
7	Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica							
8	La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento							
9	Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo							
10	Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma							
11	Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto							
12	Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas							
13	Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal							
14	Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica							
15	La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado							



16	Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias							
17	Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado							
18	No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias							
19	No disfruto leer literatura no médica o arte							
20	Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico							

TERCERA PARTE

Esta tercera y última parte corresponde a la escala Collett-Lester relacionada con el miedo a la muerte.

Esta consta de 4 subescalas con 7 ítems cada una, relacionadas con el miedo a la propia muerte, el miedo a la muerte de otros, el miedo al proceso de morir propio y el miedo al proceso de morir de otros, incluidas en un total de 28 preguntas, las cuales debéis valorar de 1 a 5 en función del grado de preocupación o ansiedad que os produce cada caso. La escala funciona de la siguiente manera:

- **1: Nada**
- **2,3,4: Moderado**
- **5: Mucho**

Al lado de cada ítem debéis marcar con una cruz (X) el cuadrado correspondiente a la columna del número con el que queráis puntuar ese ítem. Por ejemplo, si al ítem 1 quieres puntuarlo con un 2, se hará de la siguiente manera:

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?	Mucho	Moderado			Nada
1. El morir solo	5	4	3	x	1



¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?	Mucho	Moderado			Nada
1. Morir solo	5	4	3	2	1
2. La vida breve	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
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en...?	Mucho	Moderado			Nada
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
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en...?	Mucho	Moderado			Nada
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 más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer sola, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en...?	Mucho	Moderado			Poco
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 una 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 esa experiencia	5	4	3	2	1

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en proyecto de investigación

Antes de aceptar participar en la investigación, lea con detalle este formulario de consentimiento y resuelva las posibles cuestiones con los investigadores.

Usted está siendo invitado/a a participar de manera voluntaria en un proyecto de investigación que será realizado por Rebeca Álvarez de la Arena, alumna del máster de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo. El presente estudio está supervisado por Alba Maestro González. Asimismo, propone explorar la evolución de las actitudes de los alumnos de enfermería ante la muerte, así como la evolución de sus niveles empáticos a lo largo del presente Grado. Este cuestionario le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

Por otro lado, sus datos se recopilarán y tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.

1. Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este proyecto.
2. La participación es voluntaria, por lo que puede rechazar o cambiar de opinión con respecto a su decisión de participación en cualquier momento. En cambio, una vez procesados los datos obtenidos tras su participación, no podrán ser eliminados del estudio debido a su anonimato.
3. Se mantendrá anonimato, es decir, las entidades de los participantes estarán protegidas antes y después del presente estudio.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

De esta manera, usted asume:

D/D^a con

DNI/Pasaporte en

1. He recibido toda la información necesaria sobre el proyecto de investigación “Evolución del miedo a la muerte y empatía en alumnos de enfermería” de forma clara y comprensible.
2. Comprendo y acepto que mis datos serán utilizados con el único fin de obtener resultados en el estudio descrito y que serán tratados de forma confidencial.
3. Doy mi consentimiento para participar en el ensayo mencionado, en el cual decido participar de forma voluntaria.

En a de 20....

Firma: