



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ANÁLISIS DEL NIVEL DE ANSIEDAD
FRENTE A LA MUERTE EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA:
COMPARATIVA PEDIATRÍA -
ADULTOS**

Autor/a: Jennifer Viloría López

Tutor/a: Jacob González Gancedo

RESUMEN

La muerte o el proceso de morir ocasionan ansiedad no solamente en pacientes y familiares, sino también en los profesionales de enfermería, que podrían llegar a desarrollar problemas de tipo personal y una disminución en la calidad de los cuidados ofrecidos. Esta respuesta podría verse incrementada en profesionales que atienden a pacientes pediátricos. Por ello, el **objetivo** del presente estudio fue evaluar los grados de ansiedad frente a la muerte en los profesionales de enfermería que trabajan con pacientes críticos y/o terminales (adultos y pediátricos), compararlos y valorar las relaciones existentes con factores sociodemográficos, inteligencia emocional o resiliencia. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, comparativo, correlacional y transversal realizado en unidades pediátricas y de adultos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid mediante cuestionario *on-line* de carácter anónimo, compuesto por las escalas Colette-Lester para ansiedad frente a la muerte, TMMS-24 para inteligencia emocional y RS-14 para resiliencia, obteniendo una muestra de 78 individuos. **Resultados:** La media de ansiedad frente a la muerte fue de 3.70 (3.78 en pediatría y 3.62 en adultos), siendo siempre mayor en servicios pediátricos para todas sus dimensiones. Los profesionales de enfermería que contestaron al cuestionario, mostraron una media para la inteligencia emocional de 82.24 y de 82.01 para la resiliencia. **Conclusiones:** Los profesionales de enfermería que conformaron la muestra, especialmente los que atienden a pacientes pediátricos padecen niveles elevados de ansiedad frente a la muerte, sobre todo en la dimensión del “propio proceso de morir”. Además, presentan niveles normales de inteligencia emocional y altos para resiliencia.

Palabras clave: “ansiedad ante la muerte”, “inteligencia emocional”, “profesionales de enfermería”, “resiliencia”.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecerle a Jacob González, profesor de la Facultad de Enfermería de Valladolid y mi tutor, toda la dedicación que ha demostrado conmigo para sacar adelante este trabajo y a Ana López Alonso, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, la cual nos ha facilitado información muy interesante e importante para nuestro trabajo.

En segundo lugar y no por ello menos importante doy las gracias a todas aquellas enfermeras, TCAE y EIR, que han dedicado un poco de tiempo para participar en el estudio, ya que sin ellas no habría sido posible su realización.

Por otro lado, agradecerle también a Agustín Mayo Íscar, profesor de Estadística en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid y a “Ursi” Carrascal, profesor de Estadística en la Facultad de Económicas de la misma Universidad sus consejos para la realización del análisis estadístico.

No podría terminar sin agradecerle a mi familia y mi pareja la paciencia que han desarrollado a lo largo de los meses y el apoyo que me han dado.

ÍNDICE

	Pag
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	1
1.1 La muerte, contexto histórico.....	2
1.2 Ansiedad frente a la muerte.....	3
1.3 Enfermería e Inteligencia Emocional.....	4
1.4 Resiliencia y Enfermería.....	5
1.5 Enfermería y afrontamiento a la muerte en pediatría.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
3.1 Recogida de datos y material utilizado.....	8
3.2 Análisis estadístico.....	10
4. RESULTADOS.....	11
4.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	11
4.2 Análisis de consistencia interna.....	13
4.3 Análisis descriptivo de las escalas.....	13
4.4 Análisis correlacional.....	15
4.5 Análisis comparativo de la muestra general.....	16
4.6 Análisis comparativo pediatría - adultos.....	17
5. DISCUSIÓN.....	19
6. CONCLUSIONES.....	21
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	22
7.1 Limitaciones del estudio.....	22
7.2 Futuras líneas de investigación.....	22
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
9. ANEXOS.....	26
9.1 Carta de presentación.....	26
9.2 Permiso comité de ética HCUV.....	27
9.3 Permiso comité de ética Universidad de Valladolid.....	27
9.4 Variables sociodemográficas.....	28
9.5 Escala Colette-Lester de ansiedad ante la muerte.....	29
9.6 Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24.....	30
9.7 Escala de Resiliencia RS-14.....	32
9.8 Distribución descriptiva por servicios de trabajo.....	32
9.9 Distribución descriptiva por antigüedad en el servicio.....	33

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La NANDA define la ansiedad ante la muerte como la “*aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía*”⁽¹⁾. Otros autores como Heidegger defienden que la angustia o ansiedad ante la muerte es vivida como el “*miedo a la aniquilación y a la experiencia de la nada, lo cual causa temor*”⁽²⁾. Esta respuesta humana no está presente únicamente en los pacientes y familiares de enfermos en estado terminal, crítico o con enfermedades crónico-degenerativas, sino también en el personal de enfermería que se encarga de atender a este tipo de pacientes, dado que es el grupo de profesionales que más tiempo pasa con ellos.

Esta situación podría provocar en las enfermeras problemas de tipo personal, e incluso podría afectar a la calidad de los cuidados ofrecidos a dichos pacientes⁽²⁻⁴⁾. De hecho, algunos autores señalan que unos niveles excesivos de miedo y preocupación podrían desembocar en patologías como el Síndrome de *Burnout*⁽⁵⁾.

Existen determinadas unidades hospitalarias con una mayor prevalencia de personas con necesidad de cuidados paliativos, en las que se requiere un control muy minucioso de las actividades realizadas. Un estado de ansiedad ante la muerte podría suponer una pérdida de concentración y un mayor desgaste físico y mental. La consecuencia inmediata sería una pérdida de calidad en sus cuidados y, como indirecta, un deterioro en sus relaciones fuera del ámbito hospitalario⁽⁶⁾.

Por otro lado, varios trabajos han hecho referencia al nivel de ansiedad que provoca trabajar en una unidad de cuidados críticos, urgencias u oncología, pero existe poca literatura al respecto en lo relativo a los cuidados paliativos pediátricos⁽⁷⁻⁹⁾. Un niño tiene toda la vida por delante y una muerte prematura podría generar en los profesionales una ansiedad, sentimiento de culpa y angustia superior a la generada cuando muere una persona de edad avanzada⁽³⁾. Es por esto que el presente estudio se centra principalmente en conocer cómo afectaría a los profesionales del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) trabajar con pacientes pediátricos. Pretende, además, comparar estos niveles de ansiedad con los desarrollados por las enfermeras que atienden a pacientes adultos en estado crítico o terminal.

Existen otros términos, como “resiliencia”, que se define como la “*capacidad del ser humano de adaptarse positivamente a la adversidad al enfrentarse al estrés o a sucesos traumáticos*”⁽¹⁰⁾, o “inteligencia emocional”, definida por Goleman como la “*capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones*”⁽¹¹⁾, que podrían estar muy relacionados con las respuestas de ansiedad desarrolladas por los profesionales de enfermería. Por ello, ambos serán valorados en el presente estudio.

Estudiar estas variables, así como las posibles relaciones con otras variables de carácter sociodemográfico podría aportar información útil a cerca de la manera de distribuirse este problema en el colectivo de enfermería. Además permitiría reconocer a los profesionales sobre los que hay que implementar medidas que reduzcan la ansiedad y mejoren el bienestar laboral en las unidades de trabajo.

1.1 La muerte, contexto histórico

La forma de reaccionar al hecho de morir ha ido variando a lo largo de la historia. Son muchos los aspectos que influyen en cómo el individuo afronta el hecho de su propia muerte y la de otros, como por ejemplo las creencias religiosas o aspectos propios del individuo tales como la capacidad para enfrentarse al hecho de morir⁽¹²⁾.

Antiguamente la muerte se entendía como algo lógico, asumible y no desesperanzador. Hasta mediados del siglo XX se vio como la parte terminal de la vida, donde el moribundo dejaba finalizados sus asuntos personales, sociales y religiosos⁽²⁾. Es a partir de 1930 cuando, con el avance tecnológico y de la medicina, la muerte comienza a verse como algo imprevisto, extraño, confinado al ámbito hospitalario y que intentamos apartar de nuestros pensamientos cotidianos⁽¹³⁾.

Los avances en la sociedad y la medicina han hecho necesario que el concepto de muerte, inicialmente conocido como “cesación de la vida” se actualice. De esta forma, la *American Medical Association*, en 1981 redactó su propia definición de muerte, aceptada en muchos países, incluido España, en la cual unía el concepto antiguo y el de muerte cerebral⁽¹²⁾: “*El individuo que ha sufrido un cese irreversible de las funciones circulatorias, incluidas las del tronco encefálico, está muerto*”.

Según Cassem, “*la muerte significa la mayor amenaza para la vida*” ⁽¹²⁾ y, por ello, la persona debe desarrollar una serie de actitudes hacia la muerte que le permitan afrontar este hecho, que normalmente provoca aversión y evitación, de manera adaptativa o no.

Por ello, es muy importante hacer una reflexión de los sentimientos y emociones que desarrolla el personal sanitario que atiende a pacientes en situación crítica o terminal. Estos profesionales deberán tener una adecuada competencia emocional, que les permita no solo responder a las necesidades de pacientes y familiares sino luchar contra sus propios miedos y preocupaciones ⁽¹²⁾.

1.2 Ansiedad frente a la muerte

Para Limonero, la ansiedad ante la muerte se puede entender como una “*reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia*”. Esta ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales asociados con los aspectos anteriores ⁽¹³⁾.

En el proceso de morir están implicados el paciente, la familia y el equipo asistencial, siendo el colectivo de enfermería el que más sufre las consecuencias de esa muerte. Este sufrimiento se produce por tres razones, que se reflejan en la Figura 1 ⁽¹³⁾:



Figura 1. Causas de la ansiedad ante la muerte en los profesionales de enfermería

Niveles excesivos y mantenidos de ansiedad en el personal de enfermería podrían ocasionar una disminución de las estrategias de afrontamiento frente a la muerte y desencadenar el denominado Síndrome de *Burnout* o “Síndrome de quemarse por el trabajo” ⁽⁵⁾. Este agotamiento llevará a un deterioro de la relación interpersonal y calidad de los cuidados, ocasionando consecuencias negativas para el paciente, familia y sistema.

Dicho síndrome está caracterizado por una creciente fatiga emocional, despersonalización y sensación de bajo logro personal ⁽¹⁴⁾ que podrían llevar a un desgaste físico y emocional. Las consecuencias de este síndrome pueden manifestarse de diferentes formas ⁽¹³⁾:

- Síntomas psicológicos → Ansiedad, depresión, hostilidad e insatisfacción laboral.
- Síntomas físicos → Insomnio, cefalea, úlcera gastroduodenal, alteraciones en el ciclo menstrual o hipertensión.
- Problemas laborales → Absentismo, conflictos interpersonales, siniestralidad, baja productividad o consumo de drogas.

Como ya se ha citado anteriormente, la ansiedad en el personal sanitario y, especialmente en el personal de enfermería, supone un gran problema tanto a nivel hospitalario como a nivel de la persona y, por ello, diversos autores han desarrollado estrategias para medir los niveles de ansiedad, con el objetivo de poder desarrollar estrategias encaminadas a disminuirlos y mejorar las condiciones laborales.

A pesar de que la ansiedad es una dimensión abstracta y difícil de medir, a lo largo de la historia se han utilizado una serie de técnicas tanto directas (entrevistas y autoinformes), como indirectas (respuestas psicofisiológicas o test proyectivos), siendo estos últimos los más utilizados dada su eficacia y fiabilidad. Los autores que más han contribuido al desarrollo y utilización de este tipo de escalas son Templer y Lester ⁽¹³⁾.

En un principio, la escala más conocida y utilizada en la mayoría de la investigaciones fue la *Death Anxiety Scale* (DAS) ⁽²⁾, desarrollada por Templer, que interpretaba la muerte como un complejo unidimensional. Por esta razón, el instrumento utilizado para este estudio es la escala de miedo o ansiedad frente a la muerte de Collette-Lester ⁽¹⁵⁾, siendo la más utilizada actualmente por su carácter multidimensional (distingue entre muerte propia/de otro y entre proceso/hecho de morir).

1.3 Enfermería e Inteligencia Emocional

Anteriormente se consideraba que el Coeficiente Intelectual era el predictor más fiable de la eficacia personal y social pero, en la última década se ha fomentado el estudio de otros aspectos de la inteligencia (*Inteligencia emocional*) que podrían estar más relacionados con la eficiencia laboral y social ⁽¹⁴⁾.

El concepto de Inteligencia Emocional (IE) fue introducido por Salovey y Mayer para describir “*la capacidad de las personas para comprender sus emociones y las de los demás y para actuar apropiadamente bajo esta comprensión*”. La IE se caracteriza por una serie de habilidades que abarcan los siguientes procesos y que se muestran en la Figura 2 ⁽¹⁴⁾:

PERCEPCIÓN, VALORACIÓN Y EXPRESIÓN DE LA EMOCIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Identificación de emociones propias y ajenas.• Capacidad de expresión de esas emociones.
COMPRENSIÓN Y ANÁLISIS DE EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none">• Comprender la relación entre las emociones y la situación que las ha generado.
REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none">• Control de las emociones propias (positivas y negativas) y las de los demás.

Figura 2. Procesos de la Inteligencia Emocional

En este trabajo nos interesa la relación de la IE con los niveles de estrés asociados al trabajo en el ámbito sanitario en general y especialmente en el colectivo de enfermería. Dicho colectivo, mantiene un trato continuado con la enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte, momentos en los que el desarrollo de habilidades emocionales puede resultar esencial para minimizar las consecuencias derivadas de estos (*burnout*, ansiedad o conductas de evitación que lleven a disminuir la calidad de sus cuidados) ⁽¹¹⁾. Para valorar de forma adecuada el estrés laboral es necesario analizar las situaciones que son susceptibles de desencadenar el proceso de estrés y analizar cómo cada profesional las valora en relación con sus recursos ⁽¹⁴⁾.

La IE podría jugar un papel clave a la hora de llevar a cabo estrategias de afrontamiento eficaces que hagan frente a la situación estresante. Desde este punto de vista, altas puntuaciones en IE podrían contribuir a aumentar la calidad de los cuidados dispensados por enfermería y a mejorar la relación interpersonal con los pacientes, familias y resto de profesionales ⁽¹⁵⁾.

1.4 Resiliencia y enfermería

La definición más aceptada de resiliencia es la propuesta por Luther ⁽¹⁶⁾: “*proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad*”. Este concepto no resulta desconocido en el ámbito de la enfermería. De hecho en la última edición de diagnósticos NANDA 2015 – 2017 ⁽¹⁾ aparecen reflejados diagnósticos de

enfermería como pueden ser 00212- Disposición para mejorar la resiliencia, NOC como 1309 – Resiliencia personal y NIC como 8340 – Fomentar la resiliencia.

Desde el punto de vista de enfermería, la resiliencia tiene una doble vertiente. Por una parte, el profesional que consigue desarrollar cualidades de resiliencia adquiere la capacidad de encontrar estrategias de intervención alternativas que favorezca la correcta adaptación de los paciente a los factores estresantes internos y externos, convirtiéndolos también en personas resilientes. Por otro lado, el personal de enfermería debe aprender a sobreponerse al estrés y hechos traumáticos que por sí solo su trabajo implica ⁽¹⁶⁾.

1.5 Enfermería y afrontamiento de la muerte en pediatría

La muerte de un paciente siempre es compleja, pero experimentar la muerte de un niño puede desencadenar en el personal de enfermería actitudes desadaptativas, como podrían ser la evasión, la indiferencia y la aprensión ⁽¹⁷⁾. El personal que trabaja en unidades críticas pediátricas se ve sometido a una presión psicológica y emocional que muchas veces lleva a errores en la comunicación con otros profesionales y la familia, utilizando, en un intento de apartar el sentimiento de angustia, un lenguaje demasiado técnico y difícil de entender ⁽¹⁹⁾. Enfermería debe enfrentarse a una doble vertiente ⁽¹⁸⁾:

- a) A nivel personal, controlando los sentimientos y emociones que provoca la interacción con niño y familia.
- b) A nivel profesional, utilizando todos los recursos teórico-prácticos que lleven a la curación del paciente, ocasionando frecuentemente frustración y sentimientos de culpa: *“podría haber hecho más”, “si hubiera hecho esto a lo mejor...”*.

Autores como Shorter ⁽¹⁷⁾ han realizado estudios acerca de las experiencias de las enfermeras en cuidados críticos, haciendo referencia a que los sentimientos de dolor se hacen menos traumáticos cuando la familia y el propio paciente transmiten el sentimiento de “buena muerte” (esperabilidad y satisfacción en el cuidado).

Haciendo una pequeña reflexión, vemos necesaria una formación en estrategias para afrontar la muerte de los pacientes y un incremento en los estudios que expliquen cómo es la experiencia de las enfermeras que trabajan con pacientes pediátricos, con el objetivo de identificar sus vivencias, duelo y estrategias.

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo fue identificar los factores que influyen en los niveles de ansiedad ante la muerte del personal de enfermería que trabaja con pacientes críticos, terminales y/o crónico-degenerativos.

Objetivos específicos:

- Determinar los niveles de ansiedad frente a la muerte en la población estudiada.
- Analizar el tipo de correlación existente entre las variables analizadas.
- Analizar las diferencias entre los niveles de ansiedad ante la propia muerte y ante la muerte ajena en el personal de enfermería del HCUV.
- Determinar si existen diferencias entre los valores obtenidos en servicios adultos y pediátricos.
- Determinar los niveles de Resiliencia en la población estudiada.
- Describir el nivel de Inteligencia Emocional en la población estudiada.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de este análisis ha sido de tipo descriptivo, comparativo, correlacional y transversal. Para recoger los datos se elaboró un cuestionario *on-line*, a través de la herramienta *LimeSurvey*, que se hizo llegar a 200 individuos (enfermeros y TCAE), distribuidos en los siguientes servicios del HCUV:

- Pediátricos: Planta y Consultas de pediatría, Neonatología y UVI pediátrica.
- Adultos: Oncología, UVI adultos, REA (cardíaca y general) y Unidad de Coronarias.

Se solicitó autorización por escrito al comité de ética del HCUV y al comité ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid, obteniendo en ambos casos informe favorable para la realización del estudio (Anexos 2 y 3).

Criterios de inclusión: Se incluyó a todo el personal de enfermería que se encontraba trabajando en el servicio en ese momento (Enfermeras, EIR y TCAE).

Criterios de exclusión: Se excluyeron a todos aquellos profesionales que habían perdido a un ser querido en los últimos 6 meses y a los que llevaban menos de 3 meses trabajando en el servicio.

Para el establecimiento de estos criterios se tomaron como referencia estudios similares, excluyendo a los profesionales citados por considerarse que experiencias estresantes en su vida podrían influir de algún modo en el resultado de su nivel de ansiedad.

3.1 Recogida de datos y material utilizado

En primer lugar, se entregaron cartas de presentación al personal de enfermería de los servicios escogidos, explicando el motivo del estudio y la manera de participar en él, exponiendo el carácter voluntario y anónimo de dicho estudio y agradeciendo su participación. La carta también incluyó el enlace para participar en la encuesta *on-line* y las instrucciones para su cumplimentación (Anexo 1). Los datos fueron recopilados durante los meses de marzo y abril. El objetivo de la encuesta digital es que pudieran realizarla en cualquier lugar fuera del horario de trabajo, aunque se planteó también la posibilidad de rellenarla en formato papel.

El cuestionario de recogida de datos estaba formado por 4 herramientas: la primera compuesta por un cuestionario general que valora las características sociodemográficas y laborales del encuestado, la segunda por la escala Colette-Lester de ansiedad ante la muerte ⁽¹⁵⁾, la tercera por la escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) ⁽¹⁹⁾ y la cuarta y última por la encuesta de Resiliencia (RS-14) ⁽²⁰⁾. Todas las encuestas utilizadas están validadas y se localizan en los anexos 4, 5, 6 y 7 del presente trabajo.

La escala de Collette-Lester ⁽¹⁵⁾ consta de 28 ítems y valora la ansiedad frente a la muerte en dos dimensiones: la relacionada con la propia muerte y la relacionada con la muerte de otros. Se compone de 4 subescalas con 7 ítems cada una, valorando cada uno de ellos con el sistema Likert 1 (nada) – 5 (mucho). Valores más elevados de puntuación indican mayores niveles de ansiedad. Para Su evaluación hemos dividido los posibles resultados en 3 rangos, basándonos en resultados de estudios previos ⁽²⁾:

- Bajo → 0 – 1.7
- Moderado → 1.7 – 3.4
- Elevado → 3.4 – 5

La Escala TMMS-24 de Inteligencia Emocional (IE) ⁽¹⁹⁾ consta de 24 ítems, divididos en 3 sub-escalas que estudian los siguientes componentes: “percepción” (sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), “comprensión” (comprender los estados emocionales) y “regulación” (regular los estados emocionales correctamente). Se responde mediante escala tipo Likert de 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Una puntuación elevada indicaría un resultado positivo. Las subescalas se valoran dividiéndose en tres rangos, de la siguiente manera:

- Percepción emocional:
 - Alta (debe mejorar) → > 33 en hombres y > 36 en mujeres.
 - Adecuada → 22-32 en hombres y 25 – 35 en mujeres.
 - Baja (debe mejorar) → < 21 en hombres y < 24 en mujeres.
- Comprensión emocional:
 - Alta (excelente) → > 36 en hombres y > 35 en mujeres.
 - Medio → 26-35 en hombres y 24-34 en mujeres.
 - Bajo (debe mejorar) → < 25 en hombre y < 23 en mujeres.

- Regulación emocional:
 - Alta (excelente) → > 36 en hombres y > 35 en mujeres.
 - Media → 24 – 35 en hombres y 24 – 34 en mujeres.
 - Baja (debe mejorar) → < 23 en hombres y mujeres.

La escala RS-14 de Resiliencia ⁽²⁰⁾ se compone de 14 ítems valorados con el sistema Likert de 1 (nada de acuerdo) a 7 (muy de acuerdo), obteniendo como valor mínimo total 14 y máximo 98. Los resultados se dividen en los siguientes rangos:

- Muy alta → 98 – 82
- Alta → 81 – 64
- Normal → 63 – 49
- Baja → 48 – 31
- Muy baja → 30 – 14

3.2 Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se obtuvo una base de datos en Excel, que se depuró y corrigió inicialmente. Posteriormente fue analizada con los programas informáticos SPSS V 23.0 y *Statgraphics Centurion XVII*:

- Análisis descriptivo de la muestra obtenida en base a las variables escogidas: cálculo de medias, desviación típica y frecuencias.
- Análisis de consistencia interna de las escalas mediante coeficiente Alfa de Cronbach.
- Análisis de correlación lineal (Pearson) y análisis de comparación de medias (x^2).

4. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

La muestra de estudio la constituyen 90 profesionales, de los que únicamente 77 (de una muestra potencial de 200, es decir, casi un 40%) completaron la encuesta de manera íntegra y, por ello, son los que han sido analizados. A continuación, se exponen de forma breve los datos sociodemográficos de interés en nuestro estudio:

Sexo: Respecto a la variable sexo, del total de participantes en nuestro estudio (77), 71 sujetos (92.2%) pertenecían al sexo femenino y el 7.8% al masculino. El porcentaje de población femenina es ligeramente superior a la media nacional de la representación de los equipos de trabajo de enfermería en las unidades hospitalarias. Según los datos publicados por el INE ⁽²¹⁾ se corresponde con un 84.2% de mujeres. (Figura 3)

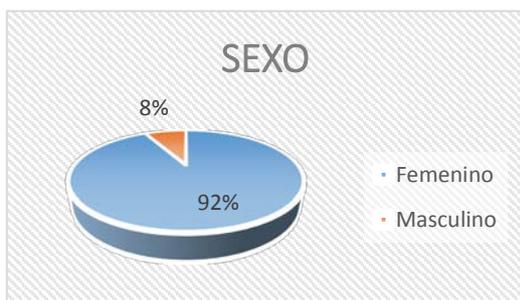


Figura 3: Distribución por sexo

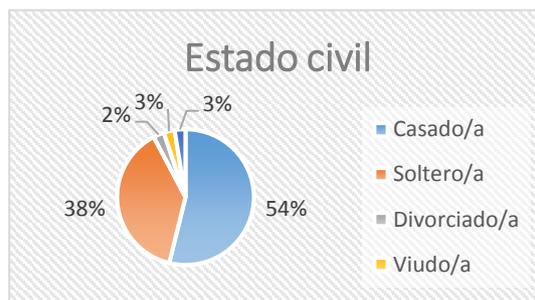


Figura 4: Distribución por estado civil

Estado civil → En cuanto a la distribución por estado civil, 42 (54.5%) profesionales de la muestra refieren estar casadas/os, 29 (37.7%) estar solteras/os y solamente un 7.8% refiere encontrarse en otra situación. (Figura 4).

Edad: La media de edad es de 46.18 años ($DE \pm 10.811$), siendo la edad de los participantes más jóvenes de 25 años y la de los más mayores de 64 años.

Hijos → En este caso las proporciones están bastante igualadas, encontrando un 50.6% (39) de la muestra que refiere no tener hijos y un 49.4% (38) que sí los tiene.

Profesión: La mayor parte de la muestra corresponde a 57 (74%) enfermeras. El resto de la muestra estuvo formado por 18 (23.4%) TCAE y únicamente 2 (2.6%) EIR.

Tipo de turno: Los tipos de turno más habituales son el “rotatorio de dos noches” (37.7%) y el “rotatorio de una noche” (33.8%), seguido del turno de “mañanas fijas” (10.4%),

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA. CURSO 2016/17

ANÁLISIS DEL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

encontrándose el resto en los turnos de mañanas y tardes, noches fijas y otros. De todos ellos, el 93.5% refiere estar contratado a jornada completa, frente a un 6.5% que se encuentra con jornada parcial. (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivo por tipo de turno

	FRECUENCIA	%
Turno rotatorio de dos noches	29	37.7%
Turno rotatorio de una noche	26	33.8%
Mañanas fijas	8	10.4%
Mañanas y tardes	4	5.2%
Noches fijas	3	3.9%
Cubriendo	6	7.8%
Otros	1	1.3%

Servicio de trabajo: En el siguiente gráfico se muestra la distribución por servicios de la muestra obtenida, correspondiendo un 54% a servicios de adultos y un 46% a pediátricos. Uno de los objetivos de este trabajo es llevar a cabo un análisis comparativo entre los niveles obtenidos en los servicios pediátricos y de adultos, resultando esta una proporción muy aceptable para llevarlo a cabo. (Ilustraciones 5 y 6) (Tabla 2, Anexo 8).

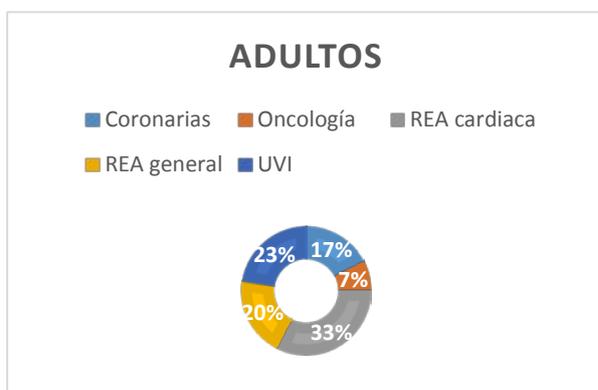


Figura 5: Distribución en Servicios adultos

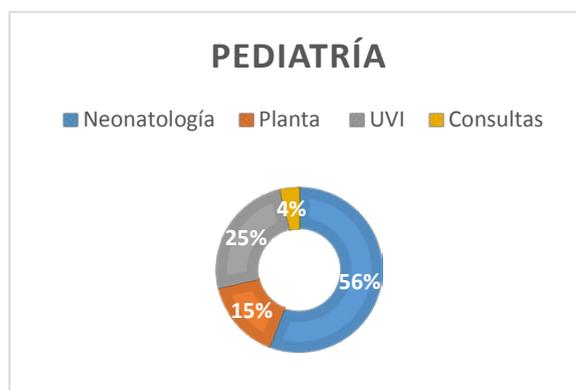


Figura 6: Distribución en Servicios pediátricos

Años de experiencia profesional: La experiencia profesional oscila entre el año y los 41 años de experiencia, obteniendo una media de 20.72 años (DE \pm 11.462).

Antigüedad en el servicio: Un porcentaje amplio de la muestra (43%) refiere llevar trabajando en la Unidad más de 10 años. (Tabla 3, Anexo 9).

Formación en afrontamiento a la muerte: Un 44% de la muestra refiere haber recibido formación en este tema, dato que se asemeja al de aquellos que sienten que tienen formación relativa a estas cuestiones (40%). Un hecho en el que coincide la mayor parte de la muestra, 97% es que se hace necesaria la introducción de actividades formativas para afrontar estas situaciones difíciles.

Enfermedades crónicas: Un 77% (59) de la muestra refiere no padecer ningún tipo de enfermedad crónica, frente al 23% (18) que si la padece.

Satisfacción profesional: Más de la mitad de la muestra refiere opiniones positivas en este aspecto, encontrando un 74% que refiere que el número de pacientes que atiende es adecuado, un 91% que se sienten valorados por sus pacientes, un 88% que se siente valorados por los familiares de sus pacientes. Por último, un 56% de los profesionales valoraron su experiencia profesional general con un 4, seguidos por un 26% que lo valoraron con un 5 y un 17% que la valora con un 3 (*media de 4.09/5*).

4.2 Análisis de consistencia interna

Se analizó la consistencia interna de cada escala y sub-escala mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo resultados para cada una de las dimensiones que indican buena fiabilidad de las herramientas escogidas para el trabajo (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de confiabilidad interna

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH							
COLLETTE-LESTER				TMMS-24			RS-14
0.945				0.921			0.846
Propia muerte	Propio proceso de morir	Muerte de otros	Proceso de morir de otros	Percepción	Comprensión	Regulación	
0.890	0.852	0.819	0.847	0.883	0.940	0.918	

4.3 Análisis descriptivo de las escalas

A continuación se exponen los datos y conclusiones más importantes obtenidos del análisis de las 3 escalas:

Colette-Lester de ansiedad frente a la muerte

Abordando el objetivo principal de este estudio, destacamos en este punto los siguientes resultados (Tabla 5):

- La media de puntuación en la escala de Colette-Lester para los profesionales de enfermería estudiados es de 3.70 ($DE \pm 0.85$), lo cual indica un resultado alto de nivel de ansiedad, utilizando valores de corte relacionados con estudios similares.
- En cuanto a las subescalas, los valores más elevados corresponden al “propio proceso de morir”, con una media de 3.96 ($DE \pm 1.37$), mientras que los valores más bajos se observan en la subescala “miedo a la propia muerte”, con una media de 3.29 ($DE \pm 1.86$).
- Como se muestra en el diagrama de cajas y bigotes (Figura 7), el 50% de nuestra muestra presenta niveles de ansiedad >3.7 , es decir, presenta niveles elevados de ansiedad.

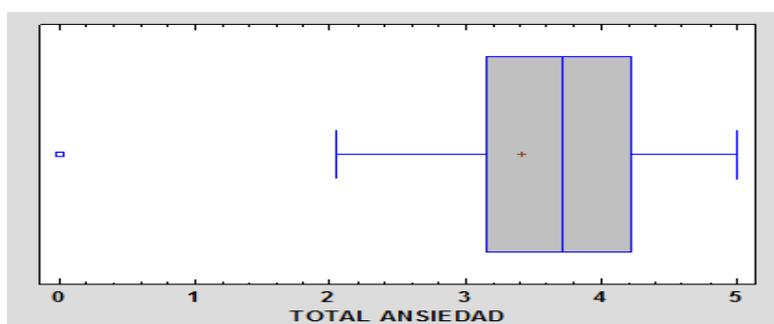


Figura 7: Gráfico de cajas y bigotes Ansiedad frente a la muerte población general

Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24

Dado que un porcentaje muy elevado de nuestra muestra es del sexo femenino, para proceder a la valoración de los resultados hemos utilizado los rangos para este género. En base a lo expuesto anteriormente, nuestra población a estudio estaría en el rango medio para todas las sub-dimensiones de la inteligencia emocional, observando los valores más altos en la dimensión de “comprensión” y más bajos en la “percepción” (Tabla 6).

Escala de Resiliencia RS-14

La Resiliencia se calculó utilizando la escala RS-14. La media obtenida en nuestra muestra es de 82.01 ($DE \pm 8.280$), lo cual indica un valor alto de Resiliencia.

Tabla 5. Resultados Collette-Lester

	MEDIA	DE
Respecto a TU PROPIA MUERTE (A1)	3.29	1.86
Respecto a TU PROPIO PROCESO DE MORIR (A2)	3.96	1.37
Respecto a la MUERTE DE OTROS (A3)	3.79	1.33
Respecto a EL PROCESO DE MORIR DE OTROS (A4)	3.76	1.27
TOTAL ANSIEDAD	3.70	0.85

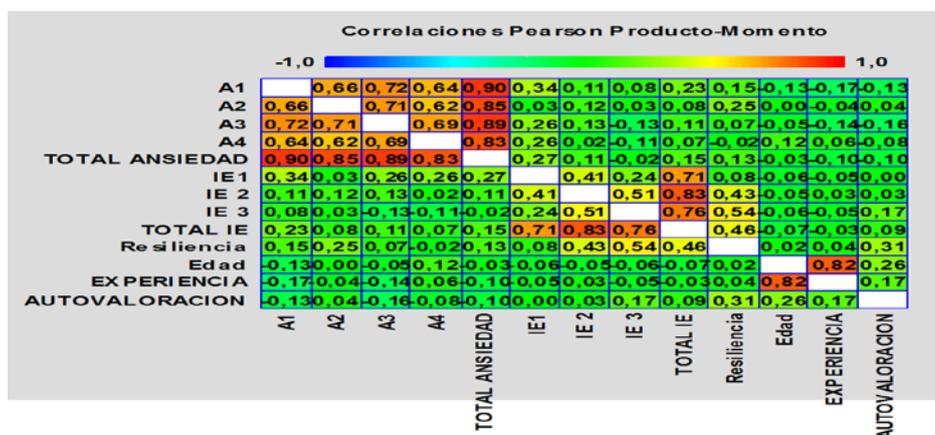
Tabla 6: Resultados TMMS-24

	MEDIA	DE
Percepción (IE1)	26.09	6.201
Comprensión (IE2)	28.23	6.382
Regulación (IE3)	27.93	6.416
TOTAL IE	82.24	14.630

4.4 Análisis correlacional

Para el análisis correlacional se utilizó el índice de Pearson, aplicado a las variables más relevantes para este estudio, cuyos resultados se muestran en la Tabla 7:

Tabla 7. Coeficientes de correlación lineal de Pearson



Edad – Años de experiencia → Como sería lógico, a mayor edad mayor número de años trabajados. Por ello, encontramos una gran correlación positiva entre ambos valores.

Ansiedad – Inteligencia Emocional → A pesar de que la correlación estadística no es muy relevante se ha visto relación positiva entre las subescalas de la Colette-Lester (A1, A3, A4), el total de ansiedad y la dimensión “percepción” de IE (esto significa que a mayor valor en la dimensión Percepción, mayor nivel de ansiedad en las dimensiones citadas). En cuanto al resto de dimensiones de la IE se observa que hay una mínima correlación entre ansiedad y “comprensión” y que existe correlación negativa entre la ansiedad y la dimensión “regulación” de IE.

Inteligencia Emocional – Resiliencia → A diferencia del caso anterior, en cuanto a IE y resiliencia se han encontrado correlaciones positivas más evidentes entre los componentes comprensión, regulación, IE total y resiliencia.

Ansiedad – Resiliencia → No se han encontrado correlaciones relevantes entre estas dos variables, siendo la mayor la que existe entre A2 y la resiliencia que alcanza el valor de 0,25. Existe una pequeña correlación positiva entre el resultado total de ansiedad y el de resiliencia, pero no es estadísticamente valorable.

Dentro de las propias escalas hemos encontrado correlaciones positivas entre cada una de sus subescalas, hecho que nos demuestra junto con el análisis de fiabilidad con Alfa de Cronbach que los instrumentos elegidos tienen una correcta consistencia interna.

4.5 Análisis comparativo de la muestra general

Se realizó un análisis de asociación/dependencia mediante el cálculo del estadístico χ^2 para las diferentes variables sociodemográficas con los totales de ansiedad, dividiendo estos en diferentes rangos. Los valores obtenidos se muestran en la tabla 8:

Tabla 8. Análisis de asociación para las distintas variables sociodemográficas

	Estadístico χ^2	Valor - <i>p</i>
Ansiedad – Estado Civil	8.796	0.0664
Ansiedad – Hijos	0.683	0.4085
Ansiedad – Profesión	0.780	0.6772
Ansiedad – Tipo de turno	9.864	0.1305
Ansiedad – Necesidad de formación	0.053	0.8179
Ansiedad – Sentirse formado	0.236	0.6269
Ansiedad – Enfermedad crónica	1.371	0.2416

No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para ninguna de las variables sociodemográficas (en ningún caso el *p*-valor es <0.05). En todos los casos los valores oscilan entre niveles moderados y elevados de ansiedad, siendo más prevalentes los elevados, como se ha podido observar en el análisis descriptivo para la variable “ansiedad frente a la muerte”. A pesar de ello, se exponen las conclusiones más relevantes:

Ansiedad – Hijos → En la Figura 8 podemos apreciar que en niveles moderados de ansiedad encontramos mayor proporción de individuos sin hijos y que, en el caso de niveles elevados las proporciones se invierten.

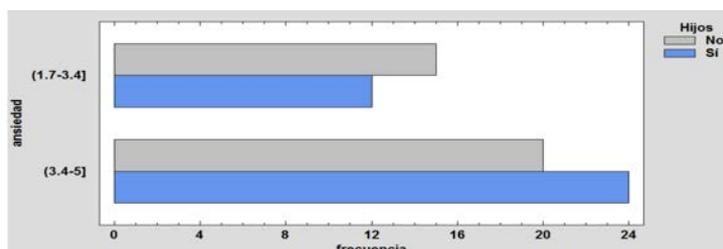


Figura 8. Distribución de la población en función de los hijos

Ansiedad – Tipo de turno → Se observa que los individuos correspondientes a los turnos rotatorios y de mañanas-tardes se distribuyen uniformemente entre los niveles moderados-altos de ansiedad. No ocurre lo mismo los profesionales con turnos específicos de mañana (*donde únicamente encontramos valores elevados para la variable ansiedad*) y de noche (*únicamente valores moderados*) (Figura 9).

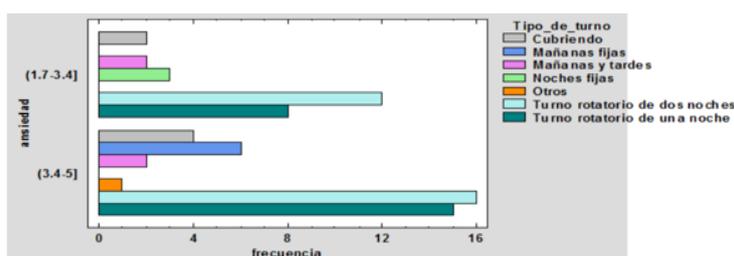


Figura 9. Distribución de la población en función del tipo de turno

4.6 Análisis comparativo pediatría – adultos

Centrándonos en cada una de las especialidades escogidas, las puntuaciones medias para cada una de las sub-escalas de la **Colette-Lester** fueron las siguientes (Tabla 9):

Tabla 9. Análisis comparativo de medias para Servicios pediátricos y adultos

	PEDIATRÍA		ADULTOS	
	MEDIA	DE	MEDIA	DE
Miedo a la PROPIA MUERTE	3,42017	1,04739	3,18147	1,09298
Miedo al PROPIO PROCESO DE MORIR	3,9958	0,921458	3,93436	0,654303
Miedo a la MUERTE DE OTRO	3,94118	0,790417	3,64093	0,724234
Miedo al PROCESO DE MORIR DE OTRO	3,79412	0,799808	3,72973	0,674935
ANSIEDAD TOTAL	3,78782	0,772415	3,62162	0,690859

En todos los casos el valor correspondiente al servicio pediátrico es superior al de adultos. Sin embargo, destacan los resultados obtenidos para miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otro, que muestran una mayor diferencia entre ambos servicios.

Respecto del total de ansiedad entre los que atienden a adultos o a niños, podemos ver en el gráfico de cajas y bigotes (Figura 10) como hay diferencias importantes en su distribución. A partir del primer cuartil empieza a haber cada vez mayor ansiedad entre los que se ocupan de pacientes pediátricos como van reflejándose en una mayor media, mediana y tercer cuartil. Esto revela unos mayores niveles de ansiedad en estos servicios.

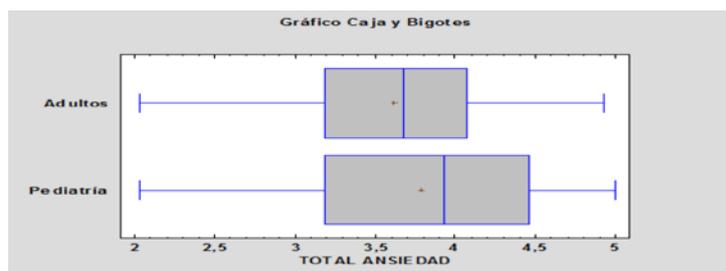


Figura 10. Distribución en función del nivel de ansiedad por servicios

En cuanto a la **Inteligencia Emocional**, nos encontramos frente a los siguientes resultados (Tabla 10):

Tabla 10. Análisis comparativo de medias para IE para servicios pediátricos y de adultos.

	PEDIATRÍA		ADULTOS	
	MEDIA	DE	MEDIA	DE
PERCEPCIÓN	27,265	5,685	24.97	6.536
COMPRESIÓN	28,794	6.376	27.69	6.431
REGULACIÓN	27.412	6.387	28.42	6.496
IE TOTAL	83,471	14.380	81.08	14.971

- Obtenemos valores más elevados en Inteligencia Emocional en el caso de los profesionales que trabajan con pacientes pediátricos, siguiendo la línea obtenida para la población general.
- Cabe destacar en el caso de los profesionales que atienden a adultos una ligera disminución en la dimensión percepción, que se encontraría en el rango bajo de IE para esta dimensión. Por otro lado, existe una diferencia de un punto en la dimensión regulación, siendo esta la única más elevada en la población de adultos.

Por último, en el caso de la **Resiliencia**, se obtuvo una media de 81.44 ($DE \pm 7.3$) para pediatría y una media de 82.56 ($DE \pm 9.18$) para adultos. Ambos se sitúan en valores altos para esta variable pero no existe una diferencia clara entre ellos.

5. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los profesionales de enfermería del HCUV presentaron niveles de ansiedad frente a la muerte dentro del rango considerado como alto, especialmente en la dimensión del “propio proceso de morir” y la “muerte y proceso de morir de otros”, siendo estos coincidentes con los resultados de otras investigaciones ^(2, 12, 15, 22), que valoraban esta ansiedad como moderada-alta, tanto en profesionales de enfermería como en estudiantes. Del mismo modo, constatamos que los profesionales que atienden a niños presentan mayores niveles de ansiedad, coincidiendo con un estudio realizado en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid en profesionales de unidades de críticos de adultos y pediátricas ⁽²⁾.

Existe un pequeño porcentaje de profesionales que refieren sentirse formados en el tema de la muerte y, casi todos coinciden en que ven necesaria una formación específica. A pesar de que en este trabajo no hemos obtenido resultados concluyentes estadísticamente sería interesante estudiar esta apreciación en una muestra más grande e implementar medidas encaminadas a esa formación en el afrontamiento a la muerte. La razón es que en otros estudios se ha visto que la preparación en estos temas podría actuar de manera positiva en la manera de afrontar la muerte en los profesionales de enfermería ^(2, 12). Esta preparación no ha de considerarse únicamente en la esfera asistencial, sino también en la emocional, colaborando con los profesionales para enseñarles a desarrollar estrategias que les hagan disipar mejor ese sufrimiento generado al atender a un paciente que se está muriendo.

Para cada una de las dimensiones clave de la inteligencia emocional se obtuvieron puntuaciones normales-adequadas, resultados similares a los que se han obtenido en otros estudios ^(11, 14, 22). En esta investigación no se encontraron evidencias significativas de una posible correlación entre el miedo a la muerte y los niveles de Inteligencia Emocional y Resiliencia (quizás porque se obtuvo un tamaño muestral discreto), hecho que nos sorprendió, ya que en otros autores indican que la ansiedad se correlaciona negativamente con la dimensión regulación y comprensión. Por el contrario, la dimensión percepción correlacionaría positivamente con la ansiedad ⁽²²⁾.

No se han encontrado estudios que relacionen los niveles de ansiedad con la variable resiliencia. Lo que sí se comprueba es que hay estudios que sostienen que los profesionales de enfermería tienen niveles de resiliencia elevados ^(10, 16, 20), dato similar al obtenido tras nuestro análisis.

Como se ha expuesto antes, la mayor parte de los profesionales sienten la necesidad de recibir formación. Algunas actividades sugeridas por expertos son ⁽¹³⁾:

Expresión de la propia vivencia de la muerte → El profesional debe tomar conciencia de cómo le afecta a nivel personal el hecho de ver morir o atender a una persona terminal. Para ello se podrían realizar los siguientes ejercicios:

- Significado de la palabra muerte: con los ojos cerrados se le pide a los participantes que se centren en los sentimientos que les genera escuchar esa palabra.
- Ejercicio de las tres pérdidas: se pide a los profesionales que escriban en un papel las tres cosas más importantes y que dan sentido a su vida. A continuación se les pide que tachen una de esas cosas, razonando lo que sentirían si no existiese y así con las dos cosas restantes.

Comunicación – información al enfermero y la familia → Una manera de aprender a comunicarse de manera correcta y coherente con cada situación es organizar un juego de roles, en el cual los profesionales deberán desenvolverse ante todo tipo de contestaciones y preguntas, argumentando el por qué dicen las cosas de una determinada manera, cómo y cuándo lo dicen. Deben comprender que el paciente demanda información por cuatro razones fundamentales: dolor, afecto, miedo y asuntos pendientes. Todas ellas pueden suponer un problema para él y debemos actuar en consecuencia.

El duelo → Todo profesional debería conocer el proceso por el que pasa todo ser humano que se enfrenta a una pérdida. A este proceso se le denomina duelo y, según Kübler-Ross consta de las siguientes fases: negación, rabia, pacto, tristeza y aceptación. Cada fase se asocia con una serie de respuestas que el profesional debe saber identificar para actuar de una u otra manera, respuestas que incluso pueden desarrollarse en el propio equipo de salud (preocupación, miedo, mecanismos de defensa, sentimientos).

6. CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos de nuestro estudio, obtenemos las siguientes conclusiones:

- Los niveles de ansiedad en los profesionales de enfermería se situaron en un rango elevado, con resultados mayores en la dimensión relacionada con el “propio proceso de morir”. Un 50% de los profesionales de enfermería presenta valores >3.7 de ansiedad frente a la muerte, es decir, valores elevados.
- Los profesionales que atienden a pacientes pediátricos presentaron mayores niveles de ansiedad total y en todas sus dimensiones.
- No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y las distintas variables sociodemográficas escogidas.
- Los profesionales de nuestra muestra presentaron unos niveles medios de inteligencia emocional en todas las subdimensiones estudiadas, resultando estos más elevados en la dimensión “comprensión” y menores en la “percepción”.
- Los pacientes que trabajan con pacientes pediátricos obtuvieron mayores niveles de inteligencia emocional para las dimensiones “percepción” y “comprensión”. Por el contrario la dimensión “regulación” muestra valores superiores en los profesionales de adultos. Los niveles de inteligencia emocional fueron normales para las dos poblaciones, excepto la Percepción en adultos, que se encontró algo disminuida.
- Los niveles de resiliencia fueron elevados en nuestra población, no existiendo diferencia entre los resultados para profesionales de adultos y pediátricos.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

7.1 Limitaciones del estudio

A pesar de que los instrumentos que han sido utilizados para la medición de las variables del estudio resultan confiables y válidos, la muestra obtenida no fue demasiado grande y por ello los resultados obtenidos pueden no ser representativos del total de enfermeras del hospital.

Además, en algunos grupos de variables, como ocurre con el estado civil, por ejemplo, la muestra se distribuye mayoritariamente en dos grupos (*solteros y casados*), lo cual no permite comprobar si realmente hay influencia respecto a los otros grupos. Otro ejemplo claro podría ser el sexo, ya que nos encontramos ante una muestra mayoritariamente femenina.

Además, los resultados corresponden únicamente a un grupo de individuos del HCUV, de tipo público, lo cual nos impide establecer conclusiones generalizables a toda la población enfermera.

7.2 Futuras líneas de investigación

Se propone un estudio complementario con un aumento del tamaño muestral, incluso a nivel multicéntrico y no solamente en hospitales públicos sino también privados, para determinar la influencia real de los factores sociodemográficos y otras variables en los niveles de ansiedad de la población enfermera.

Además, dado que hemos obtenido resultados claros en cuanto a la diferencia de ansiedad en servicios pediátricos, podrían hacerse estudios relacionados para observar en qué servicios en concreto estos niveles de ansiedad se más aumentados. (*Anexo 8*).

Por otro lado, se han analizado otras dos variables, la Inteligencia Emocional y la Resiliencia, para las cuales sí se ha visto que existe una relación entre ellas tras el análisis correlacional. Se podrían realizar multitud de estudios combinando todos los datos que se han obtenido en este estudio para analizar cómo afectan las variables sociodemográficas y otras circunstancias vitales a estas dos variables.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heather Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-20117. Madrid. ELSEVIER. 2015.
2. Pascual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm. Intensiva*. [Internet] 2011 [Consulta el 19 de diciembre de 2016]; 22: 96-103. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-ansiedad-del-personal-enfermeria-ante-S113023991100040X>
3. Flores Villavicencio ME, Troyo Sanromán R, Valle Barbosa MA, Vega López MG. Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. [Internet] 2010 [Consulta el 15 de Enero de 2017]; Vol 13-1. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/17075>
4. Ascencio Huertas L, Allende Pérez S, Verastegui Avilés E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicoongología*. Universidad Complutense de Madrid. [Internet] 2014 [Consultado el 19 de diciembre de 2016]; 11-1: 101-115. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC>
5. González Gallego C. Síndrome de Burnout en Enfermería. Trabajo Fin de Grado. Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de cirugía. [Internet] 2015 [Consultado el 20 de Diciembre de 2017]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/672276>
6. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos: 2008-2012. Sevilla. [Internet] 2007 [Consultado el 28 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf
7. Pascual Fernández MC. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv*. [Internet] 2011 [Consultado el 19 de diciembre de 2016]; 8(50). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/521/510>
8. Alonso Salido L. Ansiedad del personal de enfermería en relación a la muerte de sus pacientes. Comparativa UCI y Oncología. Trabajo de Fin de Grado. Universidad del País Vasco. [Internet] 2014 [Consultado el 25 de Noviembre de 2016]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/10810/12996/2/TFG_LAURA_ALONSO_SALIDO.pdf
9. Palacios Parrilla JM. Análisis del nivel de ansiedad frente a la muerte del personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Trabajo Fin de

- Grado. Escuela Universitaria de Teruel. [Internet] 2012 [Consultado el 26 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/7417/files/TAZ-TFG-2012-237.pdf>
10. Arrogante O. Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*. [Internet] 2015 [Consultado el 23 de enero de 2017]; 24(4): 232-235. Disponible en: <http://www.index-f.com/indexenfermeria/v24n4/9928r.php>
 11. Aradilla Herrero A. Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. [Internet] 2013 [Consultado el 15 de Abril de 2017]. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/119774/ARADILLA_TESIS.pdf?sequence=1
 12. Gonzales Cervantes S. Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado en enfermería. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. [Internet] 2015 [Consultado el 10 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/34366/>
 13. 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. Universitat Autònoma de Barcelona. [Internet] 2005 [Consultado el 15 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf>
 14. Limonero JT, Tomás Sábado J, Fernández Castro J, Gómez Benito J. Influencia de la Inteligencia Emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. Universitat Autònoma de Barcelona. [Internet] 2004 [Consultado el 15 de Abril de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/235325244_Influencia_de_la_inteligencia_emocional_percibida_en_el_estres_laboral_de_enfermeria [Influence of perceived emotional intelligence in nursing work stress](https://www.researchgate.net/publication/235325244_Influencia_de_la_inteligencia_emocional_percibida_en_el_estres_laboral_de_enfermeria)
 15. Espinoza Venegas M, Sanhueza Alvarado O, Bariga O. Validación de la Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Rec. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 [Consultado el 15 de diciembre de 2016]; 19(5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_15.pdf
 16. Cortés Recabal JE. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y Enfermería XVI*. [Internet] 2010 [Consultado el 15 de abril de 2017]; 27-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004
 17. García VS, Rivar Riveros E. Intensivists pediatric Nursing experience in the death of a child: meaning, grief, bioethical aspects. *Ciencia y Enfermería XIX*. [Internet]. 2013 [Consultado el 15 de abril de 2017]; XIX (2):111-124. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000200011&script=sci_abstract&tlng=en

18. Álvarez M. Aspectos bioéticos en la atención de niños desnutridos en cuidados intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2010 [Consultado el 15 de abril de 2017]; 9(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_1_10/mie07110.htm
19. Espinoza Venegas M, Sanhueza Alvarado O, Ramírez Elizondo N, Saez Camilo K. Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2015 [Consultado el 23 de enero de 2017]; 23(1): 139-147. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00139.pdf
20. Sánchez Teruel D, Robles Bello M. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades psicométricas de la versión en Español. RIDEP. [Internet] 2014 [Consultado el 23 de enero de 2017]; 40(2): 103-113. Disponible en: http://www.aidep.org/03_ridep/R40/Art10.pdf
21. INE. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. [Internet] 2016 [Consultado el 20 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np970.pdf>
22. Espinoza MV, Sanhueza OA. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. Acta paul.enferm. [Internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; Vol.25 n.4 pp.607-613. [Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000400020&script=sci_abstract&tIng=es

9. ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación

Estimada/o Enfermera/o y TCAE del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Mi nombre es Jennifer Viloría López, alumna de 4º de Enfermería y futura compañera vuestra. El motivo de esta carta es solicitar vuestra ayuda y colaboración para completar una encuesta **voluntaria y anónima** que formará parte del Trabajo de Fin de Grado que estoy realizando en la Universidad de Valladolid.

Objetivo y carácter de la encuesta:

Me gustaría conocer a través de esta encuesta cuestiones relativas a los niveles de ansiedad que sufren los profesionales de Enfermería que trabajan con pacientes en estado crítico/terminal (*pediátricos* y *adultos*). Por ello he seleccionado todas las Unidades pediátricas, oncología, UVI y REA de adultos.

Instrucciones para la realización:

1. Acceder a la dirección web que os propongo al final del documento. La encuesta será anónima cuando la cumplimentéis.
2. El tiempo que os ocupará esta encuesta será de 15-20 minutos aproximadamente. Pueden realizarla fuera del trabajo y en cualquier dispositivo con acceso a internet. Cuando finalice la encuesta recuerde darle al botón **ENVIAR**.
3. La encuesta estará disponible para su cumplimentación hasta el 20 de abril de 2017 a las 24:00h

Os agradezco de antemano vuestra colaboración, la cual es esencial para este estudio.

Posibilidad de conocer los resultados:

Si alguna de las personas que rellena la encuesta estuviese posteriormente interesada en conocer los resultados obtenidos en este estudio, me encuentro a vuestra entera disposición en el correo jennifer.viloria@alumnos.uva.es. No obstante, los resultados de dicha encuesta se darán a conocer en la presentación del trabajo en la Universidad de Valladolid y serán publicados en la biblioteca de la UVA.

Enlace para completar la encuesta: <http://encuestas.unileon.es/index.php/162731?lang=es>

En el caso de que este enlace te presente alguna dificultad de acceso, o te resulte incomodo copiarlo manualmente en el navegador para acceder a la encuesta, puedes solicitar que se te envíe por correo electrónico. Con esta opción, la encuesta continuará siendo anónima en todo momento cuando la rellenes. Si deseas recibir el enlace o más información al respecto, escribe un correo a jennifer.viloria@alumnos.uva.es solicitándolo.

Jennifer Viloría López
Estudiante de 4º de Grado de Enfermería
Universidad de Valladolid (UVA)



Anexo 2: Permiso comité de ética HCUV

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Francisco Javier Vadillo Olmo,
Director Gerente del
Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

CODIGO HOSPITAL	TITULO	INVESTIGADOR PRINCIPAL SERVICIO PROMOTOR
17-556 TFG	ANÁLISIS DEL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, COMPARATIVA PEDIATRÍA-ADULTOS	I.P.: JACOB GONZÁLEZ GANCEDO EQUIPO: JENNIFER VILORIA LÓPEZ ENFERMERÍA RECIBIDO: 13-02-2017

En relación con el citado Proyecto de Investigación, de acuerdo a la evaluación favorable a su realización en este Hospital por parte del CEIC Área Valladolid Este en su sesión del 23-02-2017.

Se Informa favorablemente la realización del dicho estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

Lo que firma en Valladolid, a 23 de febrero de 2017

EL DIRECTOR GERENTE




D. Francisco Javier Vadillo Olmo

Anexo 3: Permiso comité de ética Universidad de Valladolid

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 18 de enero de 2017 y vista la solicitud presentada por:

D^a. JENNIFER VILORIA LÓPEZ, alumna de Grado de la Facultad de Enfermería.

Tutora del TFG, don JACOB GONZÁLEZ GANCEDO.

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado: **"Análisis del nivel de ansiedad frente a la muerte en Profesionales de Enfermería"**.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito.

Valladolid, a 18 enero de 2017

LA PRESIDENTA DE LA COMISION




Fdo.: M^a José Cao Torija

Anexo 4: Variables sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad (*numérico*):
- Sexo (*Masculino, Femenino*):
- Estado civil (*Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Otros*):
- Hijos (*Si/No*):

CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES:

- Profesión (*Enfermero/a, EIR, TCAE*):
- Tipo de turno (*Rotatorio de una noche, Rotatorio de dos noches, Mañanas fijas, Tardes fijas, Noches fijas, Mañanas y tardes, Cubriendo, Otros*):
- ¿Trabaja usted a jornada completa o jornada parcial? (*Jornada completa/Jornada parcial*)
- Servicio de trabajo (*Pediatría, Oncología adultos, UVI adultos, REA, Coronarias*):
- Unidad de trabajo:
 - o *Pediatría (Planta, Consultas, UVI pediátrica, Neonatología)*:
 - o *REA (Cardiaca/General)*:
- Años de experiencia profesional:
- Antigüedad en el servicio (*2 meses-1año, 1-2 años, 2-5 años, 5-10 años, >10 años*):
- ¿Ha recibido cursos de formación relacionados con el tema del afrontamiento a la muerte? (*Si/No*):
- ¿Cree que tiene formación relativa a cuestiones relacionadas con cuidados paliativos y afrontamiento de la muerte? (*Si/No*):
- ¿Considera necesaria la introducción de actividades formativas en relación al tema citado? (*Si/No*):

OTRAS CARACTERÍSTICAS:

- ¿Padece alguna enfermedad crónica? (*Si/No*):
- ¿Cómo valora el número de pacientes que atiende? (*Insuficiente, Adecuado Excesivo*):
- ¿Se siente valorado en su trabajo por sus pacientes? (*Si/No*):
- ¿Se siente valorado en su trabajo por los familiares de sus pacientes? (*Si/No*):
- ¿Cómo valoraría de forma global sus experiencias profesionales? (*De 1 “nada satisfactoria” a 5 “muy satisfactoria”*):

Anexo 5: Escala Colette-Lester de ansiedad ante la muerte

Lea cada frase y contéstela rápidamente. No utilice demasiado tiempo pensando su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marque el número que mejor representa su sentimiento.

¿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. Tú 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 nunca 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 solo, 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

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA. CURSO 2016/17

ANÁLISIS DEL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a PROCESO DE MORIR DE OTROS en...?	Mucho	Moderado			Nada
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 6: Escala de Inteligencia Emocional (IE) TMMS-24

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No emplee mucho tiempo en cada pregunta.

ÍTEMS	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA. CURSO 2016/17

ANÁLISIS DEL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre se cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA. CURSO 2016/17

ANÁLISIS DEL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Anexo 7: Escala de Resiliencia RS-14

ÍTEMS	En desacuerdo			De acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado.	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con adecuada autoestima.	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido.	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada.	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 8: Distribución descriptiva por servicios de trabajo

Tabla 2. Descriptivo por servicio de trabajo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Coronarias	6	8.3%
Oncología adultos	3	4.2%
REA cardiaca	12	16.7%
REA general	8	11.1%
UVI adultos	9	12.5%
TOTAL ADULTOS	38	52.8%
Consultas pediatría	4	5.6%
Neonatología	17	23.6%
Planta pediatría	5	6.9%
UVI pediátrica	8	11.1%
TOTAL PEDIATRÍA	34	47.2%

Anexo 9. Distribución descriptiva antigüedad en el servicio

Tabla 3. Descriptivo por antigüedad en el servicio

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
> 10 AÑOS	33	43%
1-2 AÑOS	8	10%
2 MESES- 1 AÑO	11	14%
2 – 5 AÑOS	12	16%
5 – 10 AÑOS	13	17%