



**Universidad
de La Laguna**



UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
U.L.L.

La ansiedad de los profesionales de enfermería frente a la muerte de sus pacientes

Trabajo de Fin de Grado Enfermería

Autor: Luis Arraez Betancort

Tutor: Juan José Suárez Sánchez

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna:

Sección enfermería y fisioterapia (Unidad Docente de La Palma)

Convocatoria: Julio 2019

Resumen

La muerte ha ido instaurándose en el ámbito hospitalario y es uno de los momentos más difíciles de afrontar para los profesionales de enfermería ya que se producen momentos de tensión y sentimientos que duelen ante situaciones críticas o momentos terminales de la vida del paciente y si a esto le sumamos el tiempo que se pasa con el paciente y sus familiares crea diversas emociones, como la ansiedad, que de no ser canalizada de manera correcta puede ocasionar graves problemas e influenciar de manera negativa en los cuidados al paciente. El objetivo de este estudio se basará en medir la ansiedad por parte del profesional de enfermería en las unidades de hospitalización y servicios especiales de cuidados intensivos y urgencias del Hospital General de La Palma.

Abstract

Death has been establishing itself in the hospital environment and it's one of the hardest times to face for nursing professionals as there are moments of tension and feelings that hurt before critical situations or terminal moments of the patient's life and if we add to this the time spent with the patient and his family creates various emotions. The objective of this study will therefore be based on measuring anxiety on the part of the nursing professional in the hospitalization units and special intensive care and emergency services of the General Hospital of La Palma.

Palabras Claves: Ansiedad, muerte, afrontamiento de la muerte, enfermería.

Indice

1. Introducción	pág1
1.1. Antecedentes.....	pág3
1.2. Marco teórico	pág5
1.2.1. La ansiedad	pág5
1.2.2. La muerte	pág7
1.3. Justificación	pág9
2. Objetivos	pág10
2.1. Objetivo general	pág10
2.2. Objetivo específico	pág10
3. Material y métodos	pág10
3.1. Diseño de estudio	pág10
3.2. Ámbito de estudio	pág10
3.3. Sujetos y muestra	pág11
3.4. Criterios de inclusión	pág11
3.5. Criterios de exclusión	pág12
3.6. Variables	pág12
3.7. Instrumentos	pág12
3.8. Procedimiento	pág13
3.9. Análisis de datos	pag14
4. Aspectos éticos	pág14
5. Cronograma	pág15
6. Presupuesto	pág15
7. Conclusiones	pág16
8. Bibliografía	pág16
9. Anexos	pág20

1. Introducción

A lo largo de nuestra existencia se presenta una situación inevitable de la vida, la muerte, que constituye una de las fuentes de impacto emocional más significativas, que genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo, la ansiedad, la frustración y la depresión las respuestas más comunes (1).

La muerte es, desde el punto de vista médico, “la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia que proveen los atributos esenciales del ser humano y que integran el funcionamiento del organismo como un todo” (2).

El miedo a morir sólo o el deseo de prolongar la vida han hecho que se haya tenido que institucionalizar a la muerte (3).

Dentro de las competencias propias de la enfermería queda recogido el cuidado y atención al paciente y a sus familiares como desarrollo de profesionalidad (4). El Código Deontológico Español de Enfermería recoge dentro de las competencias de la enfermera que: “ante un enfermo terminal, la enfermería consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que pueda afrontar la muerte, cuando esta ya no pueda evitarse” (5).

Las enfermeras o enfermeros viven el proceso de muerte de acuerdo con lo que significa el paciente, a sus creencias sobre la muerte donde se enlazan la historia de vida, los aspectos culturales, religiosos y su experiencia laboral. De igual manera, el ejercicio profesional de enfermería implica afrontar una enfermedad terminal, la agonía, el dolor, el sufrimiento y finalmente la muerte de sus pacientes (6); en cuanto a ésto se produce una contradicción pues el objetivo principal de ésta profesión se basa en el intento de preservar la salud y la vida y da lugar a sentimientos de ansiedad y estrés que repercuten en su vida profesional, laboral y social (7) y esto unido a la tensión asistencial, puede conllevar a un agotamiento emocional, lo que puede originar un distanciamiento con el enfermo o una identificación con sus problemas , no siendo ninguna de las dos actitudes la correcta porque ambas pueden interferir la buena práctica de los cuidados de enfermería (8). Para los profesionales de salud el lidiar día a día con la muerte les resulta agobiante y tal es así que ha quedado demostrado que

la preocupación por los efectos del estrés sobre la salud y el bienestar de los profesionales enfermeros es un problema real (9,10)

Un factor de relevancia para proteger la salud es el bienestar, en muchas facetas y aspectos de la vida pero siendo de verdadera importancia en el ámbito laboral. En relación con la enfermería muchos de los profesionales hace mención del peligro que corre su bienestar laboral debido al bajo apoyo en las relaciones del trabajo, al bajo control del bienestar laboral, necesidad continua de formación(11) la limitación de recursos, el afrontamiento de la muerte, la excesiva carga de trabajo (12) y al bajo control e implicación emocional (13). Es por ello que las competencias profesionales y personales son fundamentales para una correcta y sana relación entre los pacientes y los profesionales. Una de ellas se puede considerar la conectividad emocional, la cual significa tener empatía y poder ponerte en el lugar del paciente, respetar el punto de vista y lo que la persona desee y exprese demostrando así asertividad, hacer escucha activa, respetar la individualidad del paciente, ser flexible, hacer partícipe del compromiso al paciente, hacer uso del feedback positivo, entre otras, orientadas a las habilidades relacionales que proponía Watson J. cuando hace referencia “ el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, lo que contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos” (14).

Para llevar a cabo las habilidades mencionadas anteriormente es necesario tener en cuenta las dos fases de la relación de ayuda durante el cuidado. En primer lugar se expone la fase auto-exploratoria, donde indagaremos en los sentimientos del paciente de forma empática y así conocer que está experimentando y cómo me siente ante respetando sus ideas religiosas y/o culturales sin juzgarla ni cuestionarla de manera negativa. En segundo lugar se encuentra la fase del esclarecimiento de la acción a seguir, donde se encuentra la concreción, donde valoraremos la comunicación verbal y no verbal del paciente con el fin de unir la empatía con la confrontación entre el lenguaje verbal y no verbal. Tal es la atención que debemos tener en estos momentos tan difíciles que el paciente requiere de nuestro interés y motivación entre otras para ser escuchado y que tenga lugar realmente una escucha activa por lo que demuestra que el cuidado de enfermería requiere que aparte de científicos, docentes y clínicos seamos un agente moral (15).

Por lo tanto todo enfermero debe tener unas bases a la hora de poder afrontar la muerte tanto para sí mismo como para dar una calidad de vida en los últimos momentos de vida:

- El más importante es respetar la autonomía del paciente en su capacidad de decisión y actuación
- Capacidad de observación del comportamiento del paciente para identificar sus deseos y necesidades.
- Capacidad de comunicarse de forma eficaz con el paciente y sus familiares, de modo que nos permite conocerlos mejor.
- Debe comprender, conocer y justificar las emociones y actitudes del paciente que está muriendo (15)

La experiencia de la muerte es una vivencia que puede conmocionar, atemorizar y crear desasosiego en la persona que se enfrenta a la misma (7) y es ahí donde el profesional de enfermería debe reaccionar más allá de los conocimientos técnicos, y centrarse en el aspecto social y cultural pudiendo dar consuelo religioso o psicológico (3). Para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal, se necesita una formación específica en aspectos relacionados con la muerte, el duelo, los cuidados paliativos, tanto en su formación de grado como en su desempeño profesional (16).

Por todo lo expuesto sería necesario conocer el grado de afrontamiento de los profesionales sanitarios ante este acontecimiento ineludible de la vida, para poder actuar previniéndolo de manera correcta y así no sólo proporcionar los cuidados adecuados a los pacientes, sino garantizar una adecuada salud emocional del profesional y contrarrestar sus efectos negativos y evitar caer en la indiferencia e identificación con respecto al enfermo.

1.1 Antecedentes

Cierto es que con el paso del tiempo a lo largo de la humanidad, las actitudes frente a la muerte han ido cambiando. Al deberse de un tema tan extenso hay que centrarse en las épocas de mayor relevancia con respecto a los grandes cambios que han hecho que a día de hoy enfrentemos la muerte de otra manera.

La muerte en la edad media, conocida como muerte colectiva o amaestrada (17) aconteció durante los 10 primeros años del cristianismo. Dicha muerte se basaba en asumir con resignación el destino final de los humanos, ya que era algo natural y sobre lo que no se tenía el control (18), se aceptaban las leyes de la naturaleza y se preparaban para morir en familia, en su casa en un acto de solemnidad absoluta donde se hacían ceremonias religiosas y con la tranquilidad de haberse despedido y haber dejado todo arreglado. Dichas ceremonias no tenían un alto desgaste emocional ni dramatismo ya que se aceptaba la muerte tal y como es (19). Tal era la forma tan natural en que aceptaban la muerte que no se preocupaban por donde enterrar los cuerpos y ni si quiera había un registro para identificarlos.

En el segundo período de la edad media surgen algunos cambios sociales donde el reconocimiento de la individualidad y de la existencia irrepetible de cada ser, supuso el entendimiento de la propia muerte. No se podía ser dueño de la propia vida sin ser dueño de la muerte, que pertenecía a uno mismo. Este nacimiento de individualización hizo que surgiera la representación del juicio final y con ello el arte fúnebre dando valor a enterrar los cuerpos en sepulturas (20).

En el siglo XVIII aparece la muerte ajena, arraigada a la dramatización y la muerte exaltada del ser querido por lo que se entendía la muerte desde otra perspectiva. Esta se convirtió en un acto especial de la ceremonia de la muerte y donde el duelo perdió su espontaneidad al introducirse la ritualización social.

Durante el siglo XIX surge la idea de que la mejor manera para vivir era disimulando el dolor, la tristeza y la angustia por el fallecido, como si nada hubiera pasado expresando el duelo públicamente y llegando al culto de los cementerios, por lo que se percibió como algo malo y que había que esconder llegando así a convertirse en uno de los tabúes más importante en la sociedad actual. Se denominó a la muerte velada o prohibida (20).

En el siglo XX Y XXI se producen importantes cambios como por ejemplo la forma de vivir, enfermar o morir en una sociedad como la nuestra. Las personas tienen un gran miedo a morir y a envejecer con lo que se aparta la realidad del transcurso de la vida. La aparición de nuevas tecnologías ha hecho que la práctica médica haya tenido que cambiar en el tratamiento de algunas enfermedades, las cuáles antes producían la muerte y hoy en día se puedan controlar. El progreso ha sido claramente notable pero

esto no quiere decir que los nuevos avances de la tecnología influyan negativamente en los pacientes, sea por el pronóstico de la enfermedad o por las posibles complicaciones que conducen a un temor ya que se estima que la recuperación del enfermo no es real. De tal modo, la mayoría de personas prefieren morir en el hospital, dotado de gran tecnología, pero hostil al ser humano, donde morir no es solo una cuestión humana y donde el problema de conseguir una muerte digna no radica en las tecnologías sino mas bien en las personas que las utilizan(21).

1.2 Marco teórico

1.2.1 La ansiedad es un estado emocional, que consiste en un sufrimiento psicológico que perturba el comportamiento de cada persona y que puede manifestarse por la aparición de uno o varios pensamientos negativos acompañado de sentimientos de nerviosismo, tensión y preocupación, incluso ocasionar cambios fisiológicos en el organismo.

Se trata de la emoción más experimentada globalmente y de gran interés de estudio para poetas, teólogos, filósofos, psicólogos y psiquiatras entre otros, según la Real Academia Española.

Ésta puede conllevar al individuo a que reaccione frente a ella como una amenaza o situación de peligro, adaptándose así al medio nuevo, de modo que afecta a la hora de tomar decisiones ya que se crean situaciones en las que se puede perder y ganar algo. Su función no es otra que anticiparse y advertir al organismo para que se prepare ante una posible situación para poder resolverla y enfrentarse a ella.

Para definir el término hay cierta ambigüedad ya que a menudo se relaciona la ansiedad con el miedo, el nerviosismo, el estrés, la tensión, etc. Cuando la ansiedad se manifiesta como amenaza ante un peligro, se utiliza el término miedo, y se distingue de la amenaza ante la ansiedad. Se habla del miedo como una respuesta ante un objeto determinado, es decir, el peligro es concreto y real mientras que la ansiedad la produce la propia tensión mental ante algo que es indefinido o irreal

En la enfermería está presente dicho estado emocional debido a que se siente impotencia ante la muerte de un paciente que está hospitalizado, ya que tenemos la responsabilidad del cuidado de la vida y nuestras emociones y sentimientos no se controlan pues a veces nuestra formación académica es insuficiente (22).

Para entender la ansiedad se deben analizar tres tipos de componentes, cada uno de ellos pudiendo actuar con independencia del otro:

- **De experiencia subjetiva, cognitivos o de pensamiento.** Es el más específico, se caracteriza por el nerviosismo y temor ante la anticipación de un peligro.
- **Respuestas fisiológicas.** Por ejemplo el aumento de la frecuencia cardíaca o aumento de la tensión arterial.
- **De conducta motriz.** Por ejemplo morderse los labios o desviar la vista del interlocutor, siendo directa e indirecta respectivamente (23).

Puede ser manifestada dentro de unos valores determinados dentro del rango de la normalidad, no habiendo síntomas de importancia o al menos en un alto grado. Sin embargo, cuando supera esos límites normales tiene consecuencias en el estado de salud de la persona, en su comportamiento y funcionamiento e incluso en las actividades sociales. Según la predisposición psicológica y biológica de cada persona, algunas de ellas pueden mostrarse más sensibles o padecer con más intensidad algunos de los síntomas que se pasan a mencionar a continuación:

- **Síntomas somáticos:**

- Cardiovasculares: aparecen taquicardias y palpitaciones acompañadas de dolores precordiales. Son los más usuales junto con los respiratorios.
- Respiratorios: disnea, respiración superficial y acelerada.
- Gastrointestinales: diarrea, siendo ésta la más habitual, estreñimiento, dolor abdominales, flatulencias y alteraciones del tránsito intestinal generalmente.
- Urinarios: tenesmo vesical y micciones más frecuentes.
- Neurológicos: cefaleas, vértigo e incluso síncope.
- Trastornos del sueño: insomnio, sueño interrumpido y sensación de no descanso.

- **Otros síntomas:**

- Manifestaciones psicológicas: inquietud, agobio, sensación de vacío, temor, sensación de amenaza, sensación de pérdida de control para la toma de decisiones y en caso extremos ideas autolíticas.
- Manifestaciones intelectuales: interpretaciones fuera de contexto, confusiones, pérdida de memoria y dificultad para concentrarse y mantener la atención.

- Manifestaciones de conducta: torpeza, aumento de la impulsividad y del estado alerta. Todo ello acompañado de cambios de expresividad corporal como la rigidez, cambios en la voz y en expresión facial.
- Manifestaciones sociales: dificultar para entablar conversaciones, manifestar sentimientos o pensamientos y quedarse en blanco ante preguntas o respuestas. (22,24).

Se entiende la ansiedad ante la muerte como aquella reacción emocional ante estímulos vinculados con el final de la vida, como por ejemplo, la muerte de un familiar, ir a un cementerio, etc. Dichos estímulos pueden estar vinculados de manera directa con la muerte, causar reacciones condicionadas a ellos o vinculados internamente a la persona por la presencia de pensamientos sobre la propia muerte o la ajena. Esta ansiedad es un referente por los componentes de ansiedad de separación, ansiedad de pérdida y ansiedad al cambio y que si incrementa con la edad repercute en la persona teniendo un miedo irracional ante la muerte, lo que supone una contraposición a la situación normal. Del mismo modo, no saber cuándo se producirá la muerte, ni el por qué ni el lugar causa en la persona multitud de pensamientos y emociones.

1.2.2 La muerte ha sido y sigue siendo será un tema de amplia expectación por parte de la filosofía, de la ciencia, de la religión y de la cultura. Actualmente nos encontramos frente a una sociedad, que siendo mortal rechaza la muerte ya que genera un desasosiego de ideas y pensamientos causada en la mayor parte por los modelos de juventud y éxito que ha impuesto la sociedad la sociedad moderna y que chocan con el fin de la existencia, es decir, se vive sin darle importancia a la muerte y se produce un temor frente a ella condicionada por la falta de información con todo lo que tiene que ver el fallecimiento. En muchos de los casos esta situación es nueva y desconocida por lo que causa temor no sólo a la muerte en sí sino a las condiciones que la rodean y a situaciones como el dolor, la pérdida de facultades mentales, la agonía y tristeza que hace aumentar las propias creencias religiosas y culturales así como aquellas respuestas internas del individuo (7,16)

Del mismo modo es una situación única en cada caso y en la forma de afrontamiento por parte de la persona, sus familiares y allegados y por parte de los profesionales de enfermería pudiendo llegar a convertirse en problemas de salud mental y por ello es

tan importante hacer hincapié en la propia ansiedad ante la muerte de los propios enfermeros (25).

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suiza-estadounidense hizo innumerables trabajos con pacientes que se encontraban en fase terminal de su vida y lo recogió en su libro *On death and dying* (26) que daría lugar al modelo Küble-Ross, más conocido como las cinco etapas del duelo:

- **Fase de negación:** Al negar la existencia de una situación o negar que esta pasando dicha situación funciona como el escape ante la muerte y para tranquilizar y dar tiempo de asimilar el suceso. La negación parcial, suele estar presente en todos los pacientes no solo en las primeras fases sino también en las siguientes.
- **Fase de ira:** se considera una etapa difícil de afrontar para la familia y el personal sanitario. La ira puede proyectarse con sentimientos de furia y rabia contra sí mismo, contra sus familiares o creencias religiosas y culturales.
- **Fase pacto:** se negocia y se promete el paciente así mismo, con el médico y asistentes religiosos para alargar el tiempo de vida o al menos para no pasar dolor o molestias físicas, todo ello reconociendo el diagnóstico y su pronóstico.
- **Fase depresión:** se comprende la existencia de una muerte ya cercana, donde se producen cambios físicos y aparecen más síntomas, por lo que afloran los sentimientos de tristeza y depresión y donde la furia y la rabia se sustituyen por sensación de pérdida.
- **Fase aceptación:** el paciente ha podido ser ayudado por asistentes religiosos y familiares y hace que la capacidad de afrontar la situación sea mejor ya que no habrá reproches ni se deprimirá por su destino. Apenas existen sentimientos, como sino el dolor haya sido apartado a un lado y sólo importara la llegada del momento final (26 ,27).

El enfermo puede pasar por todas estas fases anteriormente nombradas o saltarse alguna de ellas, pero del mismo modo superar cada una de las fases permite al enfermo a aceptar la muerte como algo natural y que forma parte de la existencia humana, siendo este el mejor de los casos para aceptar la muerte por su parte y la de sus familiares (26).

1.3 Justificación

A nivel global se habla de que 322 millones de personas, lo que equivale a un 4,4% de de la población mundial sufrió depresión. Así mismo, 264 millones de personas en el mundo sufrieron ansiedad, lo que equivale a un 3,6%. Esto supone un aumento en los últimos diez años de aproximadamente el 14,9%.

En 2015 un total aproximado de 2.408.000 personas sufrieron depresión en España y cuya prevalencia va en aumento a nivel global y ya en España se trata de un 5,2% de la población según datos de la OMS. Del mismo modo, 1.911.00 personas sufrieron ansiedad en España, lo que representa el 4,1% de los españoles (28).

Por ello cabe destacar que el personal de enfermería está expuesto a factores de riesgo psicosociales que pueden influir de manera negativa en su estado de salud y en la calidad de vida. Todo ello podrá influir en aspectos como el ausentismo laboral, a la calidad del trabajo sobre el cuidado de la vida, en su vida familiar y social. Al no conocer trabajos de estas características en La Palma me parece necesario evaluar el nivel de ansiedad por parte de los profesionales de enfermería y que se elaboren programas o recursos dirigidos a la prevención y/o intervención de la ansiedad en este colectivo ya que puede implicar graves repercusiones y originar diversos problemas psicopatológicos o de otra índole (29). Cabe mencionar que la necesidad de formarse en el proceso final de la vida, dentro del personal sanitario, en este caso enfermería, está vinculado con los motivos de importancia que llevan a ello como son que la mayor parte del tiempo el enfermero mantiene el contacto más directo con el paciente y sus familiares y cuando se producen fallecimientos se producen una serie de emociones y actitudes que de no ser canalizadas de manera adecuada puede llevar a la aparición del síndrome de desgaste profesional o síndrome de Bornout. En estos casos donde el final de la vida es el tema central, el enfermero debe atender a las necesidades psicológicas y físicas del paciente y familiares actuando con la mayor humanidad posible por lo que es una formación específica (30).

Por lo tanto, el llevar a cabo unos cuidados de calidad en estos casos no sólo depende de una formación general sino más específica por lo que creo necesario que durante la formación universitaria se creen contenidos y competencias dentro

de programas de formación, talleres, seminarios o incluso asignaturas como tanatología para de este modo enfrentar estas situaciones con mayor seguridad, responsabilidad y eficacia a la hora de desempeñar nuestro trabajo sin olvidar que un primer momento esto corresponde a la Universidad pero por nuestra cuenta debemos seguir formándonos ya que es una obligación de todo enfermero.

Diferentes estudios (2, 3, 4) ponen de manifiesto que parte de los enfermeros refleja una actitud negativa hacia la muerte, experimentando emociones que pueden afectar de manera negativa al cuidado de la vida, como por ejemplo, la ansiedad. Es por ello que he planteado como objetivo del estudio explorar los niveles de ansiedad del personal de enfermería frente a la muerte en el Hospital General de La Palma.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

- Examinar si el nivel de ansiedad está relacionado con las variables sociodemográficas.
- Evaluar y comparar los niveles de ansiedad entre las distintas unidades de hospitalización y los servicios de UCI y urgencias.

2.2 Objetivo específico:

- Evaluar el nivel de ansiedad frente a la muerte por parte del personal de enfermería del Hospital General de La Palma.

3. Material y métodos

3.1 Diseño de estudio: Se realizará un estudio descriptivo, observacional y de carácter transversal.

3.2 Ámbito de estudio: Se invitará a participar a los distintos profesionales del personal de enfermería de las unidades de hospitalización (cirugía, especialidades, maternidad, medicina interna, mixta y planta 0) y a los servicios de UCI y urgencias del Hospital General de La Palma.

3.3 Sujetos y muestra: La población objeto de estudio en este caso serán aquellos enfermeros que trabajen en el Hospital General de La Palma en las unidades de hospitalización y servicios de UCI y urgencias y que lleven al menos 3 meses trabajando. Tomaremos como referencia muestra representativa 113 enfermeros, reflejando un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%. En el caso de que se produjera un cambio significativo del número de enfermeros durante el año de realización del estudio, se ajustaría la muestra para seguir manteniendo el nivel de confianza y el margen de error. La fórmula utilizada es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

Siendo:

n = tamaño de la muestra necesaria para la investigación.

N = tamaño total de la población (N = 113 pacientes).

Z = valor obtenido mediante la asignación de un nivel de confianza (Hemos utilizado un nivel de confianza en relación al 95% equivale a: Z = 1.96).

σ = desviación estándar de la población (Usaremos un valor constante $\sigma = 0.5$).

e = límite aceptable del error muestral (Asignaremos un 5%, por lo que e = 0.05).

3.4 Criterios de inclusión:

- Ser enfermero o enfermera y trabajar en unidades de hospitalización, en la UCI o en urgencias del Hospital General de La Palma.
- Llevar al menos 3 meses trabajando en dichas unidades o servicios.
- Participar de forma voluntaria en el estudio y dar el consentimiento informado.

3.5 Criterios de exclusión:

- Profesionales que se encuentren trabajando de forma temporal o sustituyendo en dichas unidades o servicios especiales en un tiempo inferior a 3 meses.
- Aquellos que al rellenar la encuesta la cumplimentación sea inferior al 60%.
- Profesionales de enfermería que hayan sufrido una pérdida reciente.

3.6 Variables:

Serán todas aquellas que influyan en el resultado de la investigación como son los datos sociodemográficos recogidos por un cuestionario de elaboración propia (Anexo 1) así como los datos laborales recogidos en el mismo anexo a través de 9 ítems. Por otro lado se recogerán los datos del cuestionario basado en la escala para medir la prevalencia de ansiedad (STAI) a través de 16 ítems (Anexo 2) y por último los datos del cuestionario de elaboración propia basado en la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester recogidos a través de 14 ítems (Anexo 3).

3.7 Instrumentos:

Para conseguir llevar a cabo el estudio es fundamental recoger los datos a través de 3 documentos:

- Un cuestionario de elaboración propia donde se recogen los datos sociodemográficos y laborales. (Anexo 1)
- Un cuestionario de elaboración propia basándome en la escala para medir la prevalencia de ansiedad (STAI). La escala STAI está basada en dos partes, la ansiedad estado (STAI-E) y la ansiedad rasgo (STAI-R). Cada uno de ellos consta de 20 ítems, donde se valora con una escala tipo Likert del 0 al 3, siendo 0 nada y 3 mucho en STAI-E y siendo 0 casi nunca y 3 casi siempre en STAI-R. La primera parte de la encuesta cuenta con 10 ítems invertidos, es decir, se concede 3 puntos a aquellos que hayan puesto 0, 2 puntos a los que hayan puesto 1, 1 punto a los que hayan puesto 2 y 0 puntos a los que hayan puesto 3. Los ítems invertidos son el 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11,13, 16 y 18. Cuanto mayor sea el percentil mayor será los niveles de ansiedad de cada individuo (31). En el cuestionario de elaboración propia se han tomado como referencia alguno de los ítems de la escala STAI y se han elaborado 16 ítems en relación a la ansiedad frente a la muerte del paciente.(Anexo 2)

- Una escala de elaboración propia cogiendo como base la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester, traducida y validada al contexto sociocultural español (32). La escala de Collet-Lester consta de 28 ítems, divididos en 4 sub-escalas, con 7 ítems cada una de ellas, de modo que la primera hace referencia a “miedo a la propia muerte”, la segunda a “miedo al proceso de morir propio”, la tercera “miedo a la muerte de otros” y la cuarta a “miedo al proceso de morir de otros”. Se valora cada ítem en una escala tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 Nada y 5 Mucho (33). Las puntuaciones promedio más altas indicaran mayor nivel de ansiedad ante la muerte (34) (Anexo 3). En el caso de esta encuesta se eliminarán las dos primeras subescalas ya que mide la ansiedad sobre la propia muerte y el proceso de morir propio y no es el objetivo de la investigación, sin embargo las dos últimas subescalas se utilizarán como medida del objetivo del proyecto. Se ha quitado el ítem 6 de la escala original ya que no nos aporta información coherente al objetivo de estudio y se han modificado la última parte de la frase de algunos de los ítems para hacer referencia al paciente.

3.8 Procedimiento:

Para la realización de este proyecto se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura científica publicada en relación al tema del estudio. Las bases de datos consultadas, vía internet, fueron: PubMed, Punto Q, Science Direct, Scielo, Elsevier, Dialnet, Cochrane Library Plus y Google Scholar. Los términos empleados para la búsqueda en estas bases de datos, fueron los siguientes descriptores DeCS “ansiedad”, “ansiedad y muerte”, “ansiedad y enfermería”, “muerte y enfermería”, así como sus homónimos en inglés. Finalmente se seleccionaron los artículos más acordes y relacionados con el objetivo de este proyecto.

Para iniciar la recogida de datos se solicitará permiso al Comité ético correspondiente a la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma explicando el motivo del estudio. Además, se adjuntará una copia de cada uno de los cuestionarios. Una vez fuera aprobada la petición habría que ponerse en contacto con la supervisión de enfermería de cada unidad de hospitalización y

del servicio de UCI y urgencias para explicarles la cuestión del estudio e informar que la participación en el estudio es voluntaria y que se recogerá en un consentimiento informado garantizando la confidencialidad y el anonimato conforme a la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La supervisión de enfermería se encargaría de hacerles llegar los cuestionarios a los enfermeros que trabajan en su mismo lugar de trabajo con el fin de que la completen en 1 mes y luego se haría cargo de su recogida y entrega correspondiente.

3.9 Análisis estadístico:

Una vez recopilada la información, deberá volcarse informáticamente, para realizar su explotación y análisis. Para conseguirlo, utilizaremos un programa estadístico informático, el IBM-SPSS 24.0® para un operador Windows XP Professional©. Y se contará con el apoyo de un experto estadístico. Para las variables cualitativas, se empleará el test de Chi-cuadrado, de Pearson, mediante el cual se podrán comparar los grupos resultantes. Y para las variables cuantitativa emplearemos la media, la moda, la desviación estándar y la mediana.

4. Aspectos éticos

La inspiración para la realización de este proyecto surge por iniciativa propia, tras las dudas, inquietudes y falta de conocimiento que me han abarcado en mi periodo de prácticas en el Hospital General de La Palma y con el objetivo de mejorar los conocimientos y mejorar el cuidado de la vida de los pacientes.

Los datos obtenidos, mediante las valoraciones y la encuesta, deberán conservar el anonimato, sólo serán usados con fines científicos y respetaran su privacidad. Es así como lo establece la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*.

De este modo se respetarán los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad, por lo que he realizado un consentimiento informado.

5. Cronograma

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8
Búsqueda y revisión bibliográfica								
Planteamiento de objetivos y planificación								
Diseño de entrevistas y de permisos								
Búsqueda de participantes								
Realización del cuestionario por participantes								
Recogida de cuestionarios								
Análisis de los datos recogidos								
Redacción de los resultados								
Elaboración de conclusiones								

6. Presupuesto

	Cantidad	Coste de la unidad	Valor final
Paquete de 500 folios	1	3,00€	3,00€
Gastos impresión	500	0,10€	50,00€
Personal Estadístico	2	500€	1,000€
Gastos en desplazamiento	-	20,00€	20,00€

TOTAL: 1,073€

7. Conclusiones

- Se plantea la necesidad de abrir líneas de investigación encaminadas a desarrollar estrategias para afrontar la ansiedad de los profesionales de enfermería permitiendo así el desarrollo, mejoramiento, formación y modificación para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Del mismo modo creo conveniente recomendar a universidades públicas y privadas la instauración de asignaturas específicamente encaminadas a los cuidados de enfermería en el proceso final de la vida mejorando así las competencias, habilidades y humanizando así a los futuros profesionales.
- Se pretende difundir el resultado de la investigación con el fin de que los profesionales tomen conciencia del problema y ponerle solución con las medidas adecuadas.
- En base a los resultados obtenidos se pueden organizar programas de psicología enfocados a los profesionales afectados por la ansiedad de manera que se consiga un mejor bienestar por parte del colectivo de enfermería y profesionalizar más los cuidados.

8. Bibliografía

1. Fernández MCP, Rodríguez BEH, Arencibia VMG, Godoy MÁM. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. 50 2011.
2. Padrón Acosta L. Diferentes maneras de afrontar la muerte. Estudiantes y profesionales de enfermería. Revista Rol de Enfermería 2014;37(1):26-29.
3. 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: Revista de Saúde Coletiva 2015;25:485-500.
4. Espinosa SM. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. NURE investigación: Revista Científica de enfermería 2016;13(82):2.
5. Capítulo III, artículo 18. Código Deontológico de Enfermería. [Internet]. España: [Citado el 4 Enero 2016]. Disponible en: www.consejogeneralenfermeria.org
6. García Solís B, Araujo-Nava E, García Ferrer V, García Hernández M. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. México, Universidad Autónoma del Estado de México 2014.
7. Alonso Salido L. Ansiedad del personal de enfermería en relación a la muerte de sus pacientes. Comparativa UCI y Oncología. 2014.

8. Díaz Tobajas MC, Juarros Ortiz N, García Martínez B, Sáez Gavilán C. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global* 2017;16(45):246-265.
9. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016;60:1-11.
10. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncol Nurs Forum*; 2016.
11. Carrillo-García C, Ríos-Rísquez MI, Martínez-Hurtado R, Noguera-Villaescusa P. Stress level assessment of the nursing staff in the Intensive Care Unit of a university hospital. *Enfermería intensiva* 2016;27(3):89-95.
12. Vidal-Blanco G, Oliver A, Galiana L, Sansó N. Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enfermería Clínica* 2019;29(3):186-194.
13. McVicar A. Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *J Nurs Manag* 2016;24(2):E136.
14. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de enfermería* 2015;31(3):0.
15. Guerrero Ramírez R, Meneses La Riva, Mónica Elisa, De La Cruz Ruiz, María. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. 2016.
16. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería* 2009;15(1):39-48.
17. Gil FM. Muerte y sociedad en la España de los Austrias. : Univ de Castilla La Mancha; 2000.
18. González MG. Cuando la familia lo vive, las palabras sobran. *El. Med Clin* 2006;126(16):620-623.
19. Suárez Rienda V. Ciencia y religión: visiones y manejo emocional de la muerte y el duelo= Science and religion: views and emotional management of the death and of the grieving process. 2011.

20. Linares Manrique M. Ansiedad, afrontamiento, miedo y conocimientos ante la muerte de estudiantes de enfermería de la península del Yucatán. 2016.
21. Linares-Manrique M, Linares-Girela D, Schmidt-Rio-Valle J, Mato-Medina O, Fernández-García R, Cruz-Quintana F. Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos. Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física del Deporte 2016.
22. García Solís B, Araujo-Nava E, García Ferrer V, García Hernández M. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. México, Universidad Autónoma del Estado de México 2014.
23. Perpiñá Galvañ J. Adaptación de una versión corta de la subescala estado del "State-Trait Anxiety Inventory" de Spielberger (STAI) en pacientes españoles conectados a ventilación mecánica invasiva. [Tesis Doctoral]. Universidad de Alicante (2012). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26841/1/Tesis_Perpina_Galvan.pdf
24. Megías-Lizancos F, Gimeno CV, Román JC, Monge MAR, Rubio JMS, Alfonso JS. Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso. Revista Española de Enfermería de Salud Mental 2016;1
25. Lehto R, Stein K. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. 2009.
26. Kübler-Ross E. On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. : Simon and Schuster; 2014.
27. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. Enferm Glob. (2009) 8(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3047581>
28. En España 2,4 millones de personas sufren depresión, el 5,2 % de la población. Canarias 7 2017 FEB,02. Disponible en: <https://www.canarias7.es/hemeroteca/en-espana-24-millones-de-personas-sufren-depresion-el-52-de-la-poblacion-HDCSN454443>
29. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. International journal of community based nursing and midwifery 2016;4(1):2.

30. Díaz Flores M, Ricalde DMC, JAimes BLC. Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. Humanidades Médicas 2012;12(2):289-299.
31. Moreno DAC, Copete PB. Validez estructural y confiabilidad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAIC para la variación de la ansiedad en niños escolarizados entre 8 y 15 años de la ciudad de Medellín, Colombia. Suma psicológica 2005;12(1):47-60.
32. Tomás-Sábado, Joaquín & Limonero, Joaquín & Abdel-Khalek, Ahmed. (2007). Spanish Adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. Death studies. 31. 249-60. 10.1080/07481180601152625.
33. García LP, Curiel AA, Godínez RES, Escobedo AR. Exploración psicométrica de la escala miedo a la muerte de Collett-Lester en profesionales de enfermería= Exploration psicométrica of the Collett-Lester fear of death scale in nursing professionals. Revista Conjeturas Sociológicas 2018;6(16):58-73.
34. (1) Lester D, Abdel-Khalek A. The Collett-Lester fear of death scale: A correction. Death Stud 2003;27(1):81-85.

9. Anexos

Anexo 1. Cuestionario con variables sociodemográficas y laborales.

Por favor, rellene todos los campos que se exponen a continuación:

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Nivel de estudios (ATS, diplomatura, grado): _____

Tiempo en la profesión: _____ Lugar de trabajo: _____

Unidad de Trabajo: _____ Tiempo en el servicio: _____

¿Ha recibido formación específica sobre cómo abordar la muerte de las personas a las que cuida?

1. Mucha (más de 5 cursos o más de 20 horas de formación).
2. Bastante (de 3 a 5 cursos o entre 10 y 20 horas de formación).
3. Algo (1-2 cursos o entre 5 y 10 horas de formación)
4. Poco o nada (alguna charla ocasional)

Si ha recibido formación, ¿ésta le ayuda a afrontar la muerte de las personas a las que cuida?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco o nada

En estos momentos, ¿cree usted que es suficiente su formación sobre el afrontamiento de la muerte?

1. Si
2. No

Pérdida de familiar o paciente reciente:

1. Si
2. No

Anexo2. Cuestionario de elaboración propia basada en la escala de ansiedad estado rango STAI-E y STAI-R.

Nombre: Apellidos:					Ante el proceso final de la vida o muerte de un paciente:				
Puntuación	0	1	2	3	Puntuación	0	1	2	3
1.Me siento calmado					9.Me preocupa cometer errores				
2.Me encuentro inquieto					10.Siento ganas de llorar				
3.Me siento nervioso					11.Me cuesta tomar decisiones				
4.Me siento angustiado					12.Me preocupo por cosas que pueden ocurrir				
5.Tengo miedo					13.Me siento triste				
6.Estoy relajado					14.Me preocupa el paciente				
7.Estoy preocupado					15. Me encuentro atemorizado				
8. Me siento molesto					16. Me siento seguro				

Anexo 3. Subescalas de la escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester.

¿Qué grado de ansiedad tienes en relación a “la muerte de otros”?	Mucho	Moderado			Nada
1. La pérdida de un paciente	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. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
6. Sentirse solo/a sin el paciente	5	4	3	2	1
¿Qué grado de ansiedad tienes en relación al “proceso de morir de otros”?	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 de 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	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

Anexo 4. Documento de consentimiento informado.

Documento de consentimiento informado.

De acuerdo con la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, y el *Reglamento 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 al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)*, los datos otorgados para la realización de este cuestionario serán tratados de forma completamente anónima y confidencial, respetándose los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Yo, Don/Doña.....(Nombre y apellidos), con DNI número manifiesto que tras haber sido informada por D. Luis Arraez Betancort sobre el proyecto de investigación al cual pertenece este cuestionario, haber comprendido y estar satisfecho/a con la información recibida, doy mi consentimiento para participar en la realización de la misma.

Firma:

Anexo 5: Solicitud de autorización del comité Ético e Ivestigador.

Solicitud de Autorización del Comité Ético e Investigador.

Estimado/a Sr./Sra.....(Gerente del comité Ético e Investigador de Canarias).

Mi nombre es Luis Arraez Betancort, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna, de la sede de La Palma.

He desarrollado como Trabajo de Fin de Grado, un proyecto de investigación acerca del "La ansiedad de los profesionales de enfermería frente a la muerte de sus pacientes".

Con motivo de la elaboración del proyecto de investigación de 4º curso, les solicito la autorización correspondiente para poder llevar a cabo el desarrollo de la investigación en el servicio de hemodiálisis perteneciente al Hospital General de La Palma.

Es por esto, que me dirijo a Usted, solicitando su autorización para la recogida de datos que mi proyecto necesita, mediante la realización de dos cuestionarios, para valorar el grado de ansiedad que tienen los enfermeros frente a la muerte y la entrega de una valoración global subjetiva. Este se rellenará de manera anónima por los propios pacientes de forma voluntaria.

Los usuarios que participen en la realización de dicho cuestionario no deberán proporcionar datos personales más allá de su edad, estado civil, nacionalidad y nivel de estudios, datos que serán tratados de forma confidencial según se establece en la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* respetándose los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Finalmente, le agradezco su colaboración. Un cordial saludo.

Atentamente,

LuisArraezBetancort

Anexo 6. Solicitud de autorización para la ejecución de la investigación para la gerencia del Hospital General de La Palma.

**Solicitud de autorización para la Gerencia
De Servicios del Área de Salud de La Palma.**

Estimado/a Sr./Sra..... (Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma).

Mi nombre es Luis Arraez Betancort, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna, de la sede de La Palma.

He desarrollado como Trabajo de Fin de Grado, un proyecto de investigación acerca de la “ansiedad de los profesionales de enfermería frente a la muerte de sus pacientes”.

Con motivo de la elaboración del proyecto de investigación de 4º curso, les solicito la autorización correspondiente para poder llevar a cabo el desarrollo de la investigación en las unidades de hospitalización y servicios especiales de UCI y urgencias del Hospital General de La Palma.

Es por esto, que me dirijo a Usted, solicitando su autorización para la recogida de datos que mi proyecto necesita, mediante la realización de un cuestionario, para valorarlos grados de ansiedad del personal de enfermería (cuestionario STAI-E, STAI-R y escala de Collet-Lester) y la entrega de una valoración global subjetiva. Este se rellenará de manera anónima por los propios enfermeros de forma voluntaria.

Los profesionales que participen en la realización de dicho cuestionario no deberán proporcionar datos personales más allá de su edad, estado civil y nivel de estudios, datos que serán tratados de forma confidencial según se establece en la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* respetándose los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Finalmente le agradezco su colaboración, un cordial saludo.

Atentamente, Luis Arraez Betancort

Firma: