

**TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA. FACULTAD DE
MEDICINA. UEX.
CURSO ACADÉMICO 2014 - 2015**



**ANSIEDAD Y TEMOR A LA MUERTE EN
PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE
ENFERMERÍA DE EXTREMADURA**

**AUTOR: Marta Fernández Pérez
TUTOR: Dr. Francisco José Rodríguez Velasco**

AGRADECIMIENTOS

En este trabajo de Fin de Grado, para empezar, me gustaría agradecer a todos los profesores que he tenido a lo largo de estos cuatro años de formación, los profesores de la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Extremadura, ya desaparecida, gracias a ellos me di cuenta de mi vocación por la enfermería; así mismo, agradecer a los profesores de la facultad de Enfermería, pero en especial al Dr. Francisco José Rodríguez Velasco por haber tutelado mi camino.

A todos los profesionales enfermeros, con los que he compartido tantas anécdotas, tantos conocimientos, a todos los que han aportado su grano de arena para enseñarme desde lo más profundo, qué es la enfermería.

Por supuesto, agradecer también a todos los voluntarios que han participado en este estudio, tanto profesionales como alumnos de enfermería. Sin ellos no lo podría haber llevado a cabo.

A mis profesores de la Escuela Virgen de Guadalupe, que tras 14 años de formación, consiguieron transmitirme los valores que hoy reinan en mi vida, y a los que tanto tengo que agradecer.

A mis amigos, que siempre me han apoyado y con los que he superado grandes dificultades, siempre juntos. En especial, a mi querido Alberto Aldana Caballero, sin él gran parte de este trabajo no habría sido posible.

A mi prima, mi Cristina, esa hermana que siempre quise tener, y ella cumple ese papel a la perfección.

Y lo mejor para el final. A ellos, mis hermanos, mis niños y especialmente, a mis padres, sin ellos no estaría aquí. Me han hecho ser la persona que soy, transmitiéndome los valores de responsabilidad, constancia y humildad, que tan importantes son en esta profesión.

A todos, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE DE CONTENIDO	3
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	5
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. CAMBIO DE PARADIGMA.....	9
1.2. ENFERMEDAD TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS. INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	10
1.3. PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	12
1.4. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	14
1.5. FORMACIÓN	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	20
3. HIPÓTESIS.....	21
4. OBJETIVOS.....	22
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
5.1. MUESTRA DEL ESTUDIO	23
5.2. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	23
5.2.1. Cuestiones éticas y marco legal.....	24
5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	24
6. RESULTADOS	27
6.1. CARACTERIZACIÓN MUESTRAL.....	27
6.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL POR GRUPOS.....	28
6.2.1. Enfermeros y estudiantes	28
6.2.2. Diferencias DAP-R según género	29
6.2.3. Diferencias DAP-R a partir de las creencias religiosas.....	30
6.2.4. Diferencias DAP-R y ANSIEDAD RASGO entre estudiantes de grado en enfermería	32
6.2.5. Diferencias DAP-R según estado civil.....	33

6.3. ESTUDIO CORRELACIONAL	34
7.- DISCUSIÓN.....	38
7.1.- ENFERMEROS Y ESTUDIANTES.....	38
7.2.- TEMOR A LA MUERTE Y GÉNERO	39
7.3.- INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS	40
7.4.- ANSIEDAD - RASGO ANTE LA MUERTE EN ESTUDIANTES DE GRADO ...	41
8.- CONCLUSIONES.....	42
9. BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Descriptivos de la muestra de estudio.....	27
Tabla 2	Datos de frecuencia de la muestra de estudio.....	27
Tabla 3.	Estadísticos de muestras relacionadas	28
Tabla 4	Diferencias estadísticas respecto al sexo.....	29
Tabla 5	Diferencias DAP-R Aceptación neutral y DAP-R Aproximación a la aceptación según las creencias religiosas.	31
Tabla 6	DAP-R Miedo a la muerte y Ansiedad-R entre estudiantes de grado.	32
Tabla 7	DAP-R Escape según estado civil.....	33
Tabla 8.	Correlaciones bivariadas.....	35
Tabla 9.	Correlaciones DAP – R y STAI.....	36
Tabla 10.	Correlaciones Ansiedad Estado – Ansiedad Rasgo	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Diferencias DAP-R Miedo a la muerte Estudiantes / Enfermeros	28
Figura 2.	Diferencias DAP – R Escape a la muerte Estudiantes / Enfermeros	29
Figura 3.	Diferencias DAP-R Aceptación neutral respecto al sexo	30
Figura 4.	Creencias religiosas y DAP – R Aceptación neutral.....	31
Figura 5.	Creencias religiosas y DAP – R Aproximación a la aceptación	32
Figura 6.	Ansiedad Rasgo según curso académico	33
Figura 7.	DAP-R Escape según Estado civil	34
Figura 8.	DAP-R Miedo a la muerte – Ansiedad-Rasgo	37
Figura 9.	DAP-R Aproximación a la aceptación – DAP-R Escape.....	37

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

?: porcentaje

STAI: State-Trait Anxiety Inventory - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

DAP-R: Death Attitude Profile-Revised Scale

ANOVA: Analysis of variance - Análisis de la varianza

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Hoy en día, la muerte está muy ligada al ámbito sanitario. Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero los profesionales sanitarios están continuamente enfrentados a la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella. Esto puede influir positiva o negativamente en su actitud y desarrollo profesional. Por ello, se hace necesario disponer de instrumentos y estudios que pongan de manifiesto los niveles de ansiedad derivados del temor a la muerte que sufren los profesionales sanitarios al integrar la muerte como parte de sus vidas. **OBJETIVOS:** Evaluar los niveles de ansiedad y temor a la muerte en los profesionales de enfermería, así como en los estudiantes de enfermería. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal a partir de un muestreo no probabilístico intencional, compuesto por los profesionales de enfermería de las unidades de Cuidados Paliativos, UCI, Medicina Interna, Oncología, del Hospital Infanta Cristina y Perpetuo Socorro – Materno Infantil de Badajoz; así como de los estudiantes de enfermería de 3º y 4º de grado de la Facultad de Medicina de Badajoz. De este modo, la muestra estuvo formada por 141 participantes, cuya edad media fue de $34,99 \pm 14,09$. De los cuales, 22,7% eran hombres y 77,3% mujeres. Así mismo, 53,9% eran profesionales y 46,1% estudiantes. Se utilizó el cuestionario “Death Attitude Profile – Revised, DAP-R” y el test de ansiedad estado-rasgo “STAI” de Spielberger. **RESULTADOS:** los estudiantes presentan mayores puntuaciones de temor a la muerte ($4,818 \pm 1,045$) que los profesionales de enfermería ($4,289 \pm 1,302$). Así mismo, son los profesionales los que presentan mayores puntuaciones de Escape ($3,416 \pm 1,511$). De igual modo, los individuos con creencias religiosas, presentan mayor aproximación a la aceptación ($3,807 \pm 1,267$) que los que no ($2,346 \pm 1,127$). **CONCLUSIONES:** Los estudiantes de enfermería presentan mayor temor a la muerte que los profesionales. Así mismo, los profesionales enfermeros presentan mayor escape que los estudiantes. Se ha observado que las creencias religiosas influyen directamente en estas actitudes hacia la muerte.

PALABRAS CLAVE: Miedo, Ansiedad, Temor, Muerte, Enfermería, Profesionales, Estudiantes.

ABSTRACT

Today, death is closely linked to the health sector. People living with the fear of death, but health professionals are continually faced with the death of other people and in continuous contact with her. This can positively or negatively influence their attitude and professional development. Therefore, it is necessary to have instruments and studies that reveal levels of anxiety arising from fear of death suffered by health professionals to integrate death as a part of their lives. **OBJECTIVES:** To evaluate the levels of anxiety and fear of death in nurses as well as nursing students. **MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional study based on an intentional non-probabilistic sampling, composed of nurses in palliative care units, ICU, Internal Medicine, Oncology, the Infanta Cristina Hospital and Perpetual Help - Badajoz Maternal and Child; as well as nursing students of 3rd and 4th grade of the Faculty of Medicine of Badajoz. Thus, the sample consisted of 141 participants, whose average age was 34.99 ± 14.09 . Of these, 22.7% were men and 77.3% women. Also, 53.9% and 46.1% were professional students. And the test of state-trait anxiety "STAI" Spielberger - the questionnaire "Revised, DAP-R Death Attitude Profile" was used. **RESULTS:** students have higher scores of fear of death ($4,818 \pm 1,045$) than nurses ($4,289 \pm 1,302$). Also, professionals are those with the highest scores Escape ($3,416 \pm 1,511$). Similarly, individuals with religious beliefs, have a greater approach to the acceptance (3.807 ± 1.267) than those without ($2,346 \pm 1,127$). **CONCLUSION:** Nursing students have greater fear of death than the professionals. Similarly, professional nurses have higher exhaust students. It has been observed that religious beliefs directly influence these attitudes toward death.

KEYWORDS: Fear, Anxiety, Fear, Death, Nursing, Professionals, Students.

1. INTRODUCCIÓN

Vida y muerte, como cualquier fuerza universal, establecen hasta el más pequeño ámbito del mundo orgánico. Regulan la existencia de cualquier célula, tejido celular o ser vivo. Vida y muerte se necesitan, se delimitan y se definen mutuamente. (Pérez & Ferrer,)

El simple hecho de estar vivo, hace al ser humano mortal. Podemos morir de forma inesperada, por un infarto, por un accidente o causas violentas, pero podemos estar seguros de que vamos a morir (Abalo et al., 2010).

La muerte es un proceso donde gran número de actos vitales se van extinguiendo tan escalonada y silentemente, que escapa a la simple observación. La muerte es consecuencia inevitable de la vida, constituyendo una fuente de gran impacto emocional, se presenta como una amenaza a la vida, pues significa el final de nuestra existencia.(Fernández, Rodríguez, Arencibia, & Godoy,)

La muerte no es un fenómeno instantáneo, es un auténtico proceso biológico, psicosocial y cultural. Actualmente se tiende a la ocultación, mediante una fuerte censura social, que incluso, engaña al moribundo, convirtiéndolo en un sujeto aislado, lleno de desesperación y con atención insuficiente. Factores como la falta de tiempo, la carencia de formación en técnicas de comunicación y la inseguridad, son factores que proceden del personal de salud y que afectan al moribundo, haciéndolo, a su vez, más vulnerable. (Abalo et al., 2010)

Entendemos por negación de la muerte esa orientación social negativa hacia el moribundo y hacia la muerte en sí misma, unida a un cambio de valores. La muerte interesa poco o nada, no se habla de ella, no se habla con la familia sobre lo que uno desea después de muerto; se oculta la enfermedad sobre todo si finalmente acabará con la vida del paciente; no se nombra a la muerte por si supone un mal presagio; las enfermeras no saben estar sin hacer nada delante del moribundo, no saben qué decir, ni cómo acompañar. Ninguno de estos colectivos sabe manejar las emociones que suscita el sufrimiento de la familia del moribundo, y que en ocasiones son muy intensas. No se acepta la muerte de los más jóvenes, ni las muertes que sobrevienen de manera inesperada. Las enfermeras y los médicos conviven con la muerte, pero sin mirarla a la cara. La falta de preparación profesional en cuidados paliativos, la falta de destrezas de afrontamiento personal, y la estructura organizativa de los hospitales de críticos, son determinantes en esta negación de la muerte. (Chocarro González, 2011).

Por otra parte, el contexto sanitario ha cambiado y hemos pasado de la visión del paciente asistido en su cama por el médico de cabecera, a la práctica de una medicina ejercida en hospitales de alta tecnología por equipos multidisciplinares. Es posible que todo sea consecuencia de una polarización del sistema de valores, se considera positivo y deseable aspectos como el culto al cuerpo y al éxito; y negativos y rechazables, el fracaso, el envejecimiento, la enfermedad y la muerte. (Tomás-Sábado & Benito, 2003).

1.1. CAMBIO DE PARADIGMA

La muerte se ha hecho aséptica. Hoy, lo cotidiano excluye a la muerte de su entorno, y le impone un sentido de “normalidad”. Se rechaza socialmente la muerte y todas sus expresiones, con la finalidad de conservar la felicidad de la persona. Sin embargo, esto conlleva consecuencias aún peores: la muerte, negada a nivel social, fija el sufrimiento y el dolor casi exclusivamente en el individuo. (Pérez & Ferrer,)

En este proceso de negación de la muerte, se ha llegado al extremo de la desaparición del cadáver. La incineración borra cualquier rastro. Pero el moribundo no es sólo una persona que fallece. La muerte es quizá la parte más significativa de la vida de la persona humana. Como consecuencia, todos los procesos sociales acaban por expresarse en la muerte, de una forma más o menos directa e intensa, incluso cuando tratan de esconderse. (Pérez & Ferrer,)

Esta negación favorece una serie de conductas en el personal sanitario, se refugia en un discurso técnico, evitando emociones y sentimientos. Así, ésta ya no es la mera y dramática desaparición de una persona, sino un problema técnico incomprensible. La muerte ha provocado en el personal sanitario una conducta hiperprofesional. Así, este colectivo, entrenado en la curación de la enfermedad, no se encuentra preparado para la gestión de pacientes terminales. (Pérez & Ferrer,)

En el mundo occidental, podemos diferenciar dos instantes distintos en la forma de vivir la muerte: uno previo a su institucionalización (hospital), donde la muerte no provoca miedo porque es aceptada como parte del proceso natural de la vida (Ariès, 1975) y otro, aproximadamente a partir de 1930, cuando el hospital comienza a ser el lugar reservado para morir. (Aries, 1975)

Uno de los cambios más trascendentales se ha dado en la consciencia e información sobre la misma muerte. Hasta hace unos años el paciente era el primero

en saber que iba a morir. Actualmente, esta institucionalización oculta la gravedad de la enfermedad y evita hablarle de la muerte. Hasta la mitad del siglo XX la muerte solía suceder en el domicilio familiar, lo que hacía que los niños lo vivieran como algo normal. La muerte era vista como la parte final de la vida, no como algo maligno y raro.(Gala León et al., 2002).

La explicación de esta degeneración en la forma de pensar se debe a (Gala León et al., 2002):

- Menor tolerancia a las desgracias
- Aumento de la esperanza de vida
- Culto a la juventud
- Menor mortalidad
- Crisis de valores. Menor espiritualidad
- Menor preparación o educación para la muerte

1.2 ENFERMEDAD TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS. INTELIGENCIA EMOCIONAL.

La presencia de la muerte agita las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente y en sus familiares. Existe un *feed-back* entre el proceso terminal y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad de que las actitudes de los profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posibles, y así contribuir a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales.(Míguez Burgos & Muñoz Simarro, 2009)

Los profesionales sanitarios no están libres de la influencia de la sociedad ni de las emociones, actitudes o sentimientos que les genera la muerte y los enfermos moribundos. Las actitudes individuales hacia la muerte y los aspectos asociados a ésta, como dolor, pena o sufrimiento, pueden condicionar, la forma en que estos profesionales afrontan la muerte y el trato que proporcionan a los enfermos en situación terminal y a sus familiares. En este sentido, el colectivo enfermero sufre, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en una atención inadecuada; por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, al afrontar sus propios miedos ante la muerte. (Brunet, García, & Otero, 2003).

El manejo de la muerte es muy complejo dentro del sistema de salud, sobre todo en aquellos servicios donde este fenómeno forma parte del proceso de atención

cotidiano. Este hecho hace necesario considerar a la muerte como un proceso multidimensional donde influyen los aspectos psicosociales, económicos y culturales. Estas necesidades se han visto reflejadas en la conformación de los servicios de cuidados paliativos, cuya función principal es la atención global para el paciente con enfermedad terminal y su familia y en donde es necesario un equipo interdisciplinario. La atención del binomio paciente-familia, es claramente el objeto de la atención del equipo; sin embargo, los aspectos de incertidumbre, lo impredecible, lo incontrolable y el sufrimiento que acompañan a la muerte, alcanzan de alguna manera al personal de salud que están expuestos a interactuar diariamente con dichos factores. (Huertas, Pérez, & Avilés, 2014)

Con el enfoque de cuidados centrado en la curación y preservar la vida de los pacientes, los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se han especializado en actuar en situaciones que comprometen la vida del paciente, más que en cuidados paliativos, esto hace que no sea el entorno natural para que se dé el proceso final de la vida, ya que es un lugar que genera alto grado de estrés, no solo al personal que allí trabaja, sino también a los pacientes, pues el ambiente está lleno de ruidos y luces de forma constante. (Fernández et al.,)

El hospital representa el eje central de todos los procesos asociados a la muerte a nivel simbólico, fisiológico y tecnológico. A pesar de que hay ciertos colectivos sociales opuestos a morir en el hospital, esta es una tendencia que está en aumento. La proliferación de servicios como el Hospital de Día o la unidad de Cuidados Paliativos, pueden haber provocado esta predilección. (Pérez & Ferrer,)

Acercas del tema de “muerte”, en la actualidad se puede encontrar un sinfín de literatura, así como de las “actitudes”, pero acerca de la temática “actitud ante la muerte”, específicamente enfocada al profesional de enfermería, las investigaciones son limitadas, por tal motivo una de las sugerencias es motivar al colectivo de Enfermería a realizar nuevas investigaciones respecto de este tema, con nuevos enfoques y matices. (Maza Cabrera, Zavala Gutiérrez, & Merino Escobar, 2009)

1.3 PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales.

La ansiedad ante la muerte se puede definir como la reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia. Las actitudes ante la muerte y especialmente la ansiedad sobre la muerte, condicionan la actividad profesional de aquellas personas que han de enfrentarse, directa y frecuentemente, con el sufrimiento y la muerte de los demás. Este contacto nos hace conscientes de nuestra propia mortalidad, provocando un mayor o menor grado de ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en una atención inadecuada, al intentar escapar de la inquietud que produce enfrentarse a la muerte (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, & Gómez-Benito, 2004; Tomás Sábado & Guix Llistuella, 2001). Estos profesionales manifiestan con frecuencia que el cuidado del paciente agonizante y su muerte, así como el trato con los familiares, son las situaciones más difíciles que han de afrontar.

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y personal, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente, ya que en la actualidad, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar. Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este proceso, ya que es quien satisface las necesidades inmediatas de los pacientes moribundos. Se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. (Maza Cabrera et al., 2009)

La relación entre la enfermera, el paciente y/o familia, hacen que el final de la vida pueda resultar estrechamente difícil, ya que hay que tener en cuenta que de todo el equipo multidisciplinar, la enfermera es la que más tiempo pasa con el paciente, respondiendo a sus inquietudes sobre la vida y el tratamiento, y ofreciéndole sus cuidados. En ocasiones se necesita repetir las explicaciones varias veces, debido a que el paciente y la familia, soportan en esos momentos mucho estrés, lo que hace que aumente la angustia emocional de la enfermera (Coffey, Everett, Miller, & Brown, 2011).

La ansiedad y el temor a la muerte se demuestran de forma diferente si se refiere a la propia muerte o a la de otro. Si nos centramos en la ansiedad y el temor a la muerte provocado en las enfermeras, respecto a su propia muerte, se evidencia de las siguientes formas (LEICH, 1982):

- Miedo al proceso de la agonía en sí.
- Miedo a perder el control de la situación.
- Miedo a lo que sobrevendrá a su familia tras su muerte.
- Miedo al aislamiento y a la soledad.
- Miedo a lo desconocido.
- Miedo a que la vida que se ha llevado no haya tenido ningún significado.

Todos estos miedos se traducen en sufrimiento, sobre todo sufrimiento psicológico, que es lo que más se teme.(Gala León et al., 2002).

Un estudio transversal descriptivo, realizado a 147 enfermeras israelíes, para analizar sus actitudes frente el cuidado de pacientes terminales en unidades de oncología, obtuvo como resultado que las enfermeras demuestran una actitud positiva hacia el cuidado de los pacientes moribundos. Las actitudes se relacionaron negativamente con la evitación, el miedo, y el enfoque de la aceptación de la muerte. Se encontró un papel mediador de la evitación de la muerte entre el miedo a la muerte y las actitudes hacia el cuidado de los pacientes moribundos. El modelo de mediación sugiere que algunas enfermeras pueden utilizar evasivas para hacer frente a sus propios miedos personales de la muerte.(Braun, Gordon, & Uziely, 2010)

Estas evasivas inducen una serie de actitudes en el profesional enfermero que se orientan alrededor de (Gala León et al., 2002):

- No querer nombrar ni la palabra “muerte” ni tampoco las enfermedades que van asociadas a ella. Así, se crea un clima de hipocresía y ocultación que enmascara la verdad al paciente para “evitarle angustias”; con ello lo que sí se evita es la angustia del profesional, que se libra de ejercer una comunicación para la que no está preparado.
- No mirar cara a cara al paciente terminal y evitar su contacto, por temor.
- Aumento de la atención tecnológica y del encarnizamiento terapéutico.

1.4. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

El efecto que la muerte ejerce en los profesionales de enfermería se hace patente ya desde los propios estudios universitarios, donde los futuros profesionales prefieren el trabajo en pediatría o con enfermos agudos, antes que el trabajo con enfermos al final de la vida. (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas, & Gómez-Benito, 2010)

En un estudio realizado a estudiantes de enfermería en 2010 se muestra que no es tanto la idea de la propia muerte como estado lo que produce un mayor temor en el estudiante, sino la muerte como proceso, el miedo al dolor, a la degeneración física y mental, pérdida de facultades, falta de control y la incertidumbre de cómo y dónde se afrontará la propia muerte. (Edo-Gual, Tomas-Sábado, & Aradilla-Herrero, 2011)

Hoy en día, no se enseña a reflexionar sobre la muerte ni tampoco se prepara para morir (Eseverri Chaverri, 2002). Si esto afecta a los profesionales enfermeros experimentados, produciéndoles ansiedad, malestar, inseguridad y muchos otros sentimientos, es probable que sus efectos se presenten con mucha mayor intensidad en los jóvenes estudiantes de Enfermería. (Cruz Quintana, García Caro, Schmidt Riovalle, Navarro Rivera, & Prados Peña, 2001).

Si las prácticas es algo importante en todas las titulaciones, en la de enfermería es algo fundamental. Es una profesión totalmente práctica. Las prácticas clínicas tienen un gran impacto educativo, los conocimientos que se adquieren permitirán el desarrollo de las habilidades y actitudes propias de cada estudiante, lo que les ayudará a incorporarse como profesionales en el ámbito sanitario.(Antolín Rodríguez, Pualto Durán, Moure Fernández, & Quintero Antolín, 2007). En estas prácticas clínicas, los estudiantes de enfermería están también en contacto con el sufrimiento y la muerte de otras personas, debiendo enfrentarse no sólo a los miedos del paciente y de sus familias, sino también a sus propios temores. (Limonero et al., 2010)

Estos alumnos están sometidos a mayor cantidad de estresores que otros grupos de estudiantes. Un estudio descriptivo cualitativo, realizado a 38 estudiantes de una universidad de Reino Unido demuestra que no solo en la etapa profesional se encuentran signos de ansiedad ante la muerte. Surgieron ocho temas:

- Hacer frente al sufrimiento físico de los pacientes.
- ¿Qué hacer o decir?
- La ruptura de la relación con el paciente.
- El tipo de muerte.

- Reanimación cardiopulmonar
- Últimos cuidados.
- Mecanismos de adaptación.
- Las intervenciones que mejoran la experiencia de los estudiantes

Como síntesis, este estudio determina que el papel de cuidador y el miedo personal a la muerte, son la principal causa de ansiedad y temor a la muerte en los estudiantes de enfermería. (Cooper & Barnett, 2005)

Por otra parte, el afrontamiento del dolor y la muerte constituye una de las tareas más difíciles y estresantes a las que deben enfrentarse los estudiantes de Enfermería durante su formación práctica en la Universidad. (Bentata, Quintana, Venegas, Gutiérrez, & Bentata, 2007).

Lo que más le preocupa a los estudiantes es todo lo relacionado con la espiritualidad y la afectividad del individuo. Esta actitud está influenciada por el sexo y el haber presenciado la muerte. (Campos Aranda et al., 2002)

Otro motivo de preocupación y desorientación son las diferencias entre la teoría de las clases y la práctica del Hospital. No se puede transmitir a los alumnos un ideal profesional que no concuerda con lo que se observa en las prácticas clínicas. Hay que intentar evitar lo que se conoce como “shock de realidad”, cuyas consecuencias primordiales son la desorientación y la angustia del alumno de Enfermería. (Pérez Andrés, Alameda Cuesta, & Albéniz Lizarraga, 2002). De este modo, sería importante que la enseñanza universitaria fuese realizada en el marco de unos modelos reales, ya que el estar desviado en exceso de la realidad no favorece el aprendizaje. (Antolín Rodríguez et al., 2007)

Para cuidar, en el proceso salud-enfermedad, se necesitan unas destrezas, conocimientos y actitudes que deben adquirirse durante la formación. Se hace necesario conocer la actitud de los estudiantes, ya que la calidad de los cuidados enfermeros depende de la calidad de las personas que los proporcionan. (Nuland, 1998). Por lo tanto, los futuros profesionales de Enfermería necesitan una formación específica en cuidados a pacientes terminales que les ayude a enfrentarse a la muerte y a aportar una ayuda no sólo física, si no también psíquica y espiritual.(Campos Aranda et al., 2002)

1.5 FORMACIÓN

En el ámbito de la salud es evidente la necesidad de abordar las emociones de los profesionales que pudieran influir en la calidad de los cuidados, especialmente aquellas experiencias derivadas de procesos de muerte y de duelo de pacientes y familiares. Es inevitable que aspectos emocionales del profesional de la salud incidan en la manera de comunicarse con el paciente, en la toma de decisiones, la capacidad de afrontamiento, resolución de los problemas y también en su integración en el conjunto asistencial. (Huertas et al., 2014)

Las cuestiones relacionadas con el final de la vida en las unidades en las que se cuida a pacientes moribundos, afectan principalmente al personal de enfermería. Algunas de estas preguntas son: ¿quién debe ser resucitado?, ¿cuáles son los puntos finales del tratamiento?, ¿qué calidad de vida le quedará al paciente?... La mejora de la capacidad de las enfermeras para negociar con mayor eficacia estas cuestiones y preparar a los pacientes para el final de la vida, pueden disminuir el sufrimiento de los pacientes, proporcionando oportunidades para que puedan compartir sus miedos. (Dunn, Otten, & Stephens, 2005; Leung et al., 2012)

Otros autores refieren la importancia de que las enfermeras deben ser conscientes del impacto que su actitud hacia la muerte puede tener repercusión en la prestación de sus cuidados de enfermería (Peters et al., 2013)

Diferentes autores anuncian que hay enfermeros que rechazan hablar con las familias debido a que se verían como una autoridad que decidiría a quien involucrar en el proceso de muerte. Expresan además que la experiencia de las enfermeras es un factor determinante a la hora de aplicar los cuidados de enfermería, modificando su actitud (BA, Dean, & BA, 1998; Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2008; Pascual Fernández, 2011). Como solución proponen la creación de un entorno en el que pudieran expresar sus sentimientos, para poder identificarlos, y la creación de un sistema de formación continua sobre la muerte. Borhani F., Abbaszadeh A., Mohsenpour M. y Asadi N., explican que si el proceso de implantación de este sistema de formación y comunicación fracasa, los enfermeros se encontrarían con una limitación de sus cuidados, provocando la aparición de actitudes negativas (Borhani, Abbaszadeh, Mohsenpour, & Asadi, 2013; Pascual Fernández, 2011)

El acompañamiento al final de la vida es uno de los mayores retos a los que deberá enfrentarse el profesional de enfermería, por lo que es fundamental una formación competencial preclínica en este sentido que asegure la máxima calidad

asistencial y, si es posible, ayudar a atenuar el sufrimiento a través de unos cuidados paliativos adecuados que abarquen la totalidad de las necesidades de las personas.(Edo-Gual et al., 2011)

En la medida en que esta formación pueda capacitar al profesional de enfermería para ejercer con mayor eficiencia su labor, incrementando por tanto su competencia percibida, le ayudará a reducir sus propios temores o ansiedad ante la muerte y la enfermedad terminal, provocando esta capacitación en una mejora de su bienestar personal.(Limonero et al., 2010)

Es muy importante educar profesionales que respondan a la demanda de la sociedad en materia de salud y que estén capacitados para satisfacer las necesidades de las personas en el proceso de la muerte (Teresa, 2000).

Los futuros profesionales de Enfermería requieren una formación concreta en cuidados a pacientes terminales que les ayude a enfrentarse a la muerte y a apoyar no sólo física si no también psíquica y espiritualmente. (Campos Aranda et al., 2002)

De esta forma, una formación adecuada debería fomentar unas actitudes más positivas hacia el enfermo terminal, como son:

- Tener consciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo lo relacionado con el alivio del dolor físico y psíquico.
- Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para identificar necesidades más concretas.
- Responder adecuadamente los interrogantes y facilitar información a los familiares y allegados.
- Atender y respetar las necesidades espirituales y religiosas del paciente.
- Crear un entorno cómodo y acogedor, para que le sea más fácil al paciente y a la familia soportar la situación.

Dar malas noticias también supone un gran reto para profesionales y estudiantes de enfermería. Según la psiquiatra Kubler-Ross, experta en final de la vida, los profesionales sanitarios se distancian de sus pacientes moribundos por su propio miedo a morir y para protegerse de la frustración y de la impotencia.(Rojas Marcos, 2000). Comunicar malas noticias siempre ocasiona una gran ansiedad (Ayarra & Lizarraga, 2009):

- Es una práctica frecuente: la situación de informar a un paciente de que padece una enfermedad de mal pronóstico.
- No hay formación en el área de comunicación. Las facultades de medicina-enfermería han contemplado el complejo salud-enfermedad desde un aspecto

totalmente biológico y, por lo tanto, se ha desatendido y se desatiende la formación en habilidades de comunicación.

- Tener poca habilidad dando malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que recibe la información y un deterioro en la relación sanitario-paciente posterior.
- Saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y refuerza la confianza sanitario-paciente.

Hay muchas estrategias para dar malas noticias, pero la estrategia de Buckman (Buckman, 1992) es la que habitualmente se utiliza, permite recorrer el proceso de cómo informar al paciente de que padece una enfermedad con repercusión en su tiempo de vida y de cómo apoyarle emocionalmente tras la información. Se le llama, también, estrategia de las 6 etapas. Las etapas descritas por Buckman deben ser recorridas de la primera a la sexta, en orden, sin pasar de una a otra etapa si la anterior no está acabada, con el ritmo que el paciente indique y quedándonos en la que el paciente desee. Las etapas descritas por Buckman son:

- 0. Aclimatación.
- 1. Preparar el entorno
- 2. ¿Qué sabe el paciente
- 3. ¿Qué quiere saber?
- 4. Compartir la información
- 5. Responder a los sentimientos del paciente.

Al hablar del cómo informar hay que intentar que el lenguaje verbal (lo que decimos), el paralenguaje (tono que utilizamos) y el lenguaje no verbal sean coherentes. Hay que asegurar la bidireccionalidad, es decir, facilitar que el paciente o su familiar pregunten todo lo que desee, adaptando la información en cantidad y calidad a las emociones del paciente. En estos casos la información es un proceso y no un monólogo duro del profesional. Es importante al final de las entrevistas resumir lo dicho, asegurándonos de que el paciente ha entendido, siendo este momento final el adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que dispongamos, sin mentir. (Ayarra & Lizarraga, 2009).

Para evaluar cómo se sienten las enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos, en relación con el contacto con la muerte y el cuidado de los pacientes moribundos, se realizó un estudio cualitativo descriptivo. Las variables se establecieron en: los años de experiencia profesional, los años empleados en esas Unidades, la experiencia previa con el cuidado de los pacientes críticos, la edad, el género, las actitudes hacia la muerte y el cuidado de los pacientes moribundos. Como resultado se observó que existían relaciones significativas entre la edad, la experiencia de enfermería y la experiencia previa con el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales. La experiencia en enfermería y la edad, fueron las variables más fáciles de predecir, demostrando actitudes negativas hacia la muerte. Como conclusión, las enfermeras con más experiencia de trabajo tienden a tener actitudes más positivas hacia la muerte y el cuidado de los pacientes moribundos (Lange, Thom, & Kline, 2008).

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, más del 70% de los fallecimientos se producen en los centros hospitalarios. Por ello, en la vida profesional se ven más pacientes en sus últimos momentos de vida que ingresados por una gastroenteritis. Pero seguro que es más fácil encontrar a una enfermera formada en técnicas de resucitación cardiopulmonar, a encontrarla con formación en técnicas de comunicación o de cuidados paliativos (Arca, 2014).

Esta institucionalización de la muerte conlleva que quien está más en contacto con ella sean los profesionales sanitarios, y más concretamente, quien pasa más tiempo al lado del paciente, los profesionales enfermeros. Esto hace evidente que el contacto continuado puede alterar el nivel de ansiedad y temor a la muerte. (Cooper & Barnett, 2005)

Liderar requiere fortaleza de conocimientos y firmeza en su realización los profesionales enfermeros deben creer que son los responsables de los cuidados de los pacientes al final de sus vidas y como tal, actuar sin flaquear. Este debe ser el objetivo de una Enfermería involucrada con la realidad que la rodea, el envejecimiento de la sociedad y el aumento de la demanda de cuidados humanos al final de la vida. (Arca, 2014)

Los estudiantes de enfermería son los futuros profesionales. Ellos también están cargados de gran ansiedad y temor a la muerte. Hay que llevar a cabo una adecuada formación para que estos estresores no les impidan desarrollar su profesión con calidad, eficacia y eficiencia.

3. HIPÓTESIS

A partir de la literatura consultada, las hipótesis que se plantean en el presente trabajo son las que se detallan a continuación:

- Los enfermeros suponen un grupo de riesgo de padecer ansiedad y estrés, derivados del contacto continuo con la muerte, por ser quienes más tiempo pasan con los pacientes.
- Los estudiantes de enfermería están sometidos a mayores estresores que otros estudiantes. Se pone de manifiesto desde la formación universitaria y puede verse reflejado posteriormente en su práctica profesional.
- Los años de práctica profesional influyen en la ansiedad y temor a la muerte de los profesionales frente a los estudiantes de enfermería.

4. OBJETIVOS

1. Objetivo primario: Evaluar los niveles de ansiedad y temor a la muerte en los profesionales de enfermería de las unidades de Cuidados Paliativos, UCI, Medicina Interna, Oncología; así como de los estudiantes de enfermería de 3º y 4º de grado.

2. Objetivos secundarios:
 - a. Observar las diferencias de ansiedad y temor a la muerte entre profesionales enfermeros y estudiantes de enfermería.
 - b. Observar si existen diferencias de ansiedad y temor a la muerte entre las diferentes unidades clínicas

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. MUESTRA DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal compuesto por los profesionales de enfermería de las unidades de Cuidados Paliativos, UCI, Medicina Interna, y Oncología del Hospital Infanta Cristina y Perpetuo Socorro – Materno Infantil de Badajoz; así como de los estudiantes de enfermería de 3º y 4º grado de la Facultad de Medicina de Badajoz.

Se entregaron 157 encuestas, de las cuales se desecharon 14 por estar sin cumplimentar o por errores en las mismas, obteniéndose finalmente una muestra de 141.

Mediante muestreo no probabilístico intencional, se incluyeron 141 participantes, de los cuales 53,9% eran profesionales y 46,1% estudiantes; así mismo, 22,7% eran hombres y 77,3% mujeres. La edad media de los voluntarios que participaron en este estudio fue de $34,99 \pm 14,09$.

Entre los criterios de inclusión se encontraban: ser mayor de edad, haber firmado el consentimiento informado y que el cuestionario estuviera correctamente cumplimentado. Entre los criterios de exclusión se hallaban aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión.

5.2. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario, donde se recogían datos sociodemográficos, además de los test ya mencionados: DAP-R y STAI. Previamente a ello, a todos los voluntarios se les entregó un documento de consentimiento informado.

5.2.1. Cuestiones éticas y marco legal

Para el desarrollo del proyecto se han tenido en cuenta:

- Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.
- Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 17 de 19 de enero de 2008.

5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970): Es un inventario autoadministrado por el sujeto, desarrollado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Para ello consta de dos subescalas de 20 ítems cada una.

La subescala Ansiedad-Estado evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En esta parte el sujeto indicará en qué medida cada enunciado refleja cómo se siente “ahora mismo, en este momento”, mediante una escala de 1 a 4: “Nada”; “Algo”; “Bastante” y “Mucho”.

La otra subescala, Ansiedad-Rasgo valora una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El marco de referencia temporal en este caso de la ansiedad como rasgo es “en general, habitualmente”. La escala de respuestas para las

frases de esta escala también es de tipo Likert y sus opciones son: “Casi nunca”; “A veces”; “A menudo” y “Casi siempre”.

Brinda una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. La puntuación total para cada una de las subescalas oscila entre 20 y 80 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. El tiempo de aplicación total ronda los 20 minutos aproximadamente. En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala de rasgo.

La fiabilidad de este test, a través del alfa de Cronbach ha sido:

- Para la subescala Ansiedad-Estado de 0,529
- Para la subescala Ansiedad-Rasgo de 0,641

Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) (Paul, Reker, & Gesser, 1994) es una revisión del DAP original, una medida multidimensional de actitudes hacia la muerte, desarrollado por Gesser, Wong y Reker (1987-1988). En su forma original, el DAP consistió en cuatro dimensiones derivadas factorialmente: (1) El miedo a la muerte / Morir, (2) Enfoque-Aceptación; (3) Escape-Aceptación; y (4) Aceptación Neutra. El DAP-R es más completo y más puro, conceptualmente. Una clara ventaja de este con respecto al original es que representa un amplio espectro de actitudes que van desde la evasión de muerte, a opiniones neutras, hasta acercarse a la aceptación.

El DAP-R mide cinco actitudes ante la muerte:

1. Miedo a la muerte. El miedo a la muerte y la ansiedad ante la muerte se utilizan indistintamente en la literatura; aunque puede ser útil considerar ansiedad ante la muerte algo específico y consciente, y el miedo a la muerte como algo más generalizado y tal vez inaccesible a la conciencia.
2. Evitación de la muerte. Se asocia con el malestar psicológico. En los adultos mayores se relaciona también con depresión. Es posible que esto les impida afrontar los pensamientos y sentimientos sobre la muerte que existen por debajo de la conciencia consciente pero que afectan a la conducta; el fracaso al intentar esto crea malestar psicológico.
3. Aceptación Neutral. La muerte se considera como una parte integral de la vida. Estar vivo es vivir con la muerte y el morir. Uno ni teme a la muerte ni la acoge;

simplemente se acepta como un hecho inmutable de la vida, y trata de hacer lo mejor de una vida finita. Por lo tanto, implica una actitud de indiferencia.

4. Aproximación a la aceptación. Esta actitud implica la creencia en otra vida feliz, directamente relacionada con creencias religiosas.
5. Escapar de la aceptación, Escape. Cuando la vida está llena de dolor y la miseria, la muerte puede parecer una bienvenida alternativa. Cuando las personas se sienten abrumadas por el sufrimiento y el dolor, y hay poca probabilidad de alivio, la muerte parece ser la única vía de escape.

De esta forma, el DAP-R contiene una serie de declaraciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte, indicando el acuerdo o desacuerdo; en una escala de 7 puntos, donde 1 = totalmente desacuerdo; 2 = desacuerdo; 3 = moderadamente desacuerdo; 4 = neutral / indeciso; 5 = moderadamente de acuerdo; 6 = de acuerdo; 7 = totalmente de acuerdo. La puntuación total de cada escala se calcula sumando la puntuación de cada ítem y se divide entre el número de ítems que forman cada escala.

El alfa de Cronbach para este test, y por tanto su fiabilidad fue de 0,809. Desglosando cada una de las diferentes actitudes que evalúa, la fiabilidad es de:

- Miedo a la muerte: 0,809
- Evitación de la muerte: 0,853
- Aceptación neutral: 0,643
- Aproximación a la aceptación: 0,934
- Escapar de la aceptación: 0,852

Además, se ha utilizado **IBM SPSS Statistics v22** para el análisis estadístico de los datos. Puede adquirir datos de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos y diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos. Proporciona una amplia variedad de reducción de dimensiones, clasificación y técnicas de segmentación como análisis factorial, análisis de conglomerados, análisis de vecinos más próximos y análisis de función discriminante. Además SPSS Statistics ofrece una amplia gama de algoritmos para comparar medidas técnicas predictivas como prueba t, análisis de varianza, regresión lineal y regresión ordinal. Incluye procedimientos para los modelos lineales generales, los modelos lineales mixtos, el análisis de componentes de la varianza, el análisis lineal y la regresión ordinal.

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERIZACIÓN MUESTRAL

La muestra de este estudio estuvo formada por 141 participantes, cuya edad media fue de $34,99 \pm 14,09$. De los cuales, 22,7% eran hombres y 77,3% mujeres. Así mismo, 53,9% eran profesionales y 46,1% estudiantes (Tabla 1 y Tabla 2)

Tabla 1 Descriptivos de la muestra de estudio

	N	Media	D.T.
Edad (años)	141	34,99	14,09
Nº de hijos	141	1,65	0,48
Antigüedad en el servicio (Años)	76	10,63	10,11

Tabla 2 Datos de frecuencia de la muestra de estudio

		Frecuencia	Porcentaje, %
Profesional / Estudiante	Estudiantes	65	46,1
	Enfermeros/a	76	53,9
Sexo	Hombre	32	22,7
	Mujer	109	77,3
Estado civil	Soltero/a	84	59,6
	Casado/a	37	26,2
	Divorciado	17	12,1
	Otros	3	2,1
Creencias religiosas	Sí	91	64,5
	No	50	35,5

6.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL POR GRUPOS

6.2.1. Enfermeros y estudiantes

Se llevó a cabo una prueba T de Student para muestras independientes encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los valores de DAP-R Miedo a la muerte y DAP-R Escape entre enfermeros y estudiantes (Tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos de muestras relacionadas

		N	Media ± D.T.	p
DAP – R Miedo a la muerte	Estudiantes	65	4,818 ± 1,045	0,01
	Enfermeros	76	4,289 ± 1,302	
DAP – R Escape	Estudiantes	65	2,572 ± 1,229	<0,001
	Enfermeros	76	3,416 ± 1,511	

En la Figura 1 y Figura 2 se observan las diferencias de medias, siendo los estudiantes los que tienen más miedo a la muerte con una media de 4,818 y una desviación típica de 1,045. Por el contrario, los profesionales muestran mayor escape que los estudiantes con una media de 3,416 y una desviación típica de 1,511.

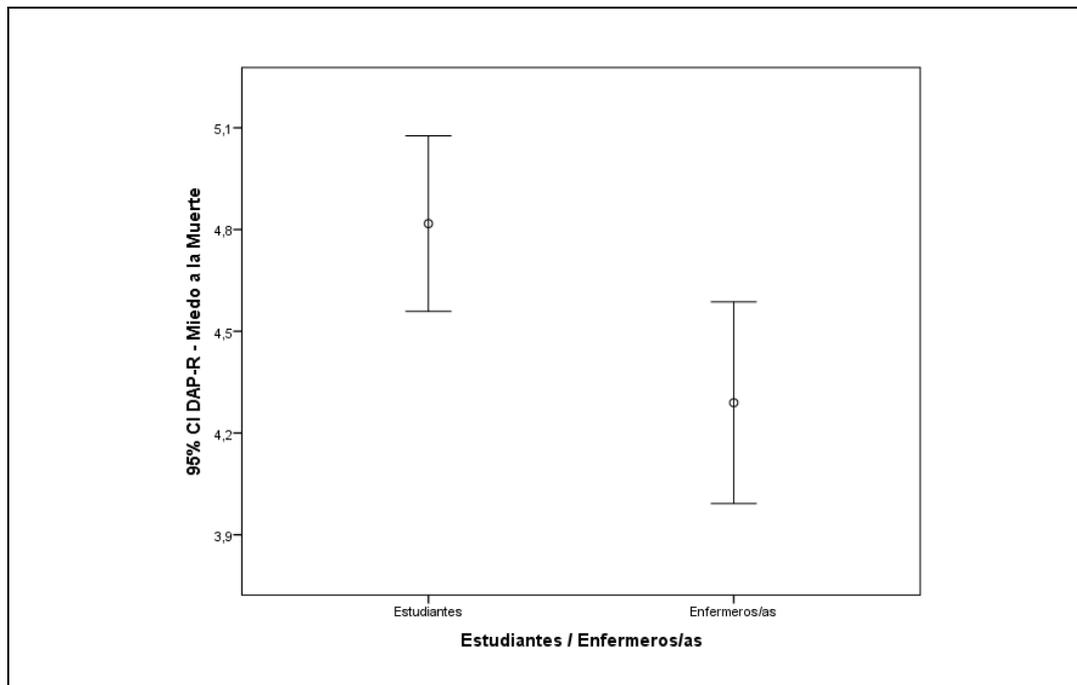


Figura 1. Diferencias DAP-R Miedo a la muerte Estudiantes / Enfermeros

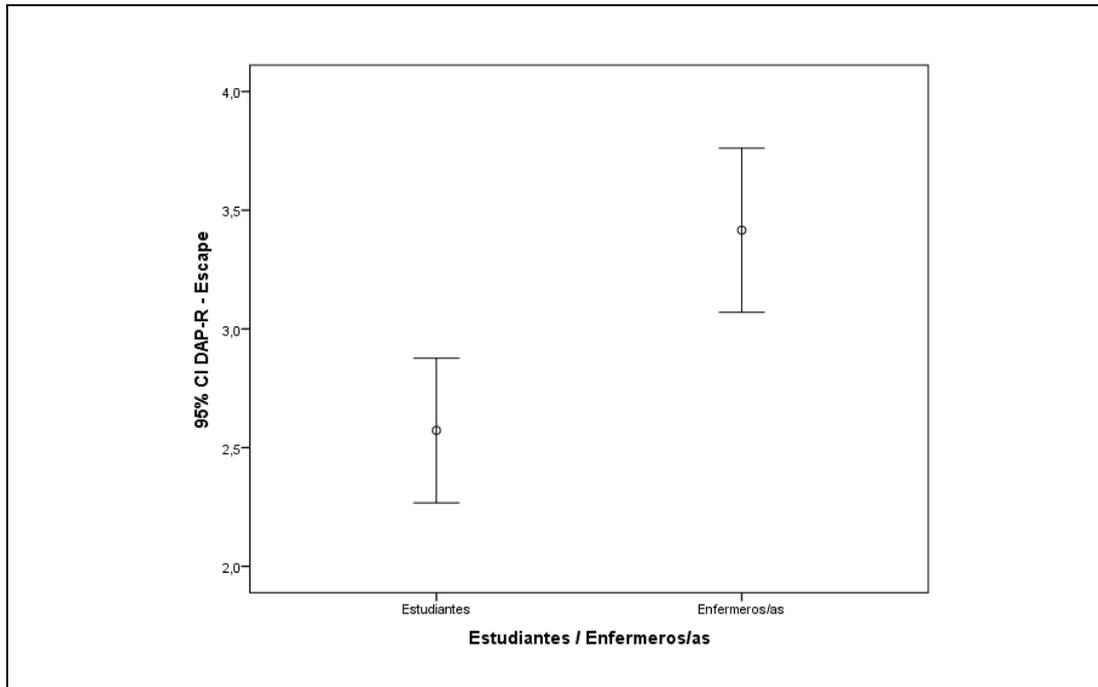


Figura 2. Diferencias DAP – R Escape a la muerte Estudiantes / Enfermeros

6.2.2. Diferencias DAP-R según género

Así mismo, también se han encontrado diferencias significativas con respecto al sexo en los valores de DAP-R Aceptación neutral (Tabla 4).

Tabla 4 Diferencias estadísticas respecto al sexo

		N	Media ± D.T	p
DAP – R	Hombre	32	5,594 ± 0,849	0,008
Aceptación neutral	Mujer	109	5,110 ± 0,906	

Los hombres presentan mayor aceptación neutral que las mujeres, teniendo una media de $5,594 \pm 0,849$, como se muestra en la Figura 3.

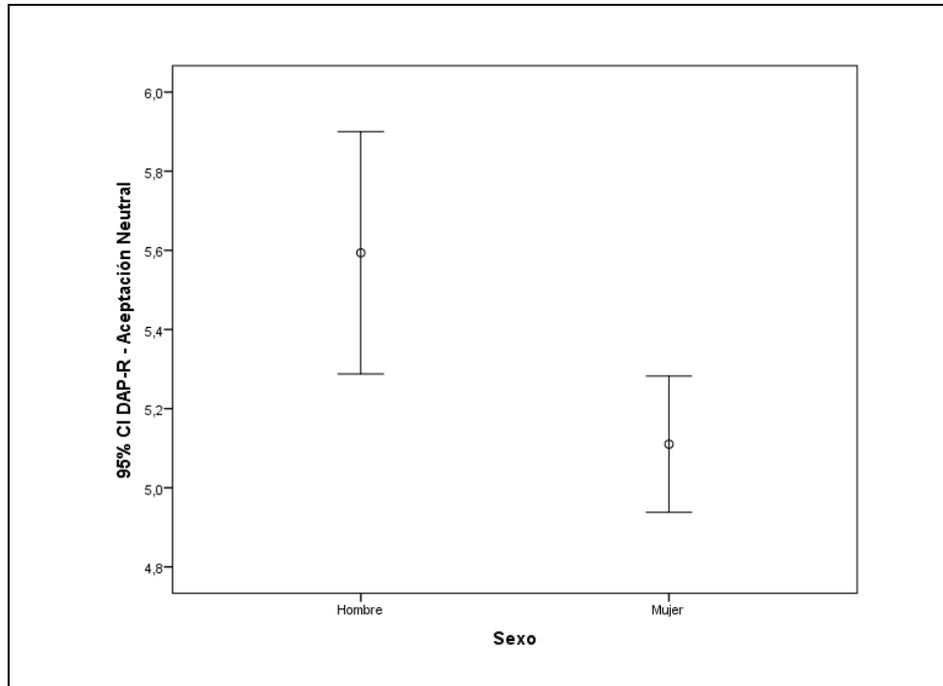


Figura 3. Diferencias DAP-R Aceptación neutral respecto al sexo

6.2.3. Diferencias DAP-R a partir de las creencias religiosas

Además, se estudió la diferencia entre DAP-R Aceptación neutral y DAP-R Aproximación a la aceptación con respecto a las creencias religiosas. Esta diferencia fue significativa ya que se obtuvo respectivamente una p de 0,005 y $< 0,001$ (Tabla 5).

Tabla 5 Diferencias DAP-R Aceptación neutral y DAP-R Aproximación a la aceptación según las creencias religiosas.

Creencias religiosas		N	Media \pm D.T.	p
DAP-R Aceptación neutral	Sí	91	5,062 \pm 0,930	0,005
	No	50	5,508 \pm 0,814	
DAP-R Aproximación a la aceptación	Sí	91	3,807 \pm 1,267	< 0,001
	No	50	2,346 \pm 1,127	

Estas diferencias son claramente observables en la Figura 4 y Figura 5; donde una creencia religiosa positiva disminuye la aceptación neutral (5,062 \pm 0,930), así como aumenta la aproximación a la aceptación (3,807 \pm 1,267).

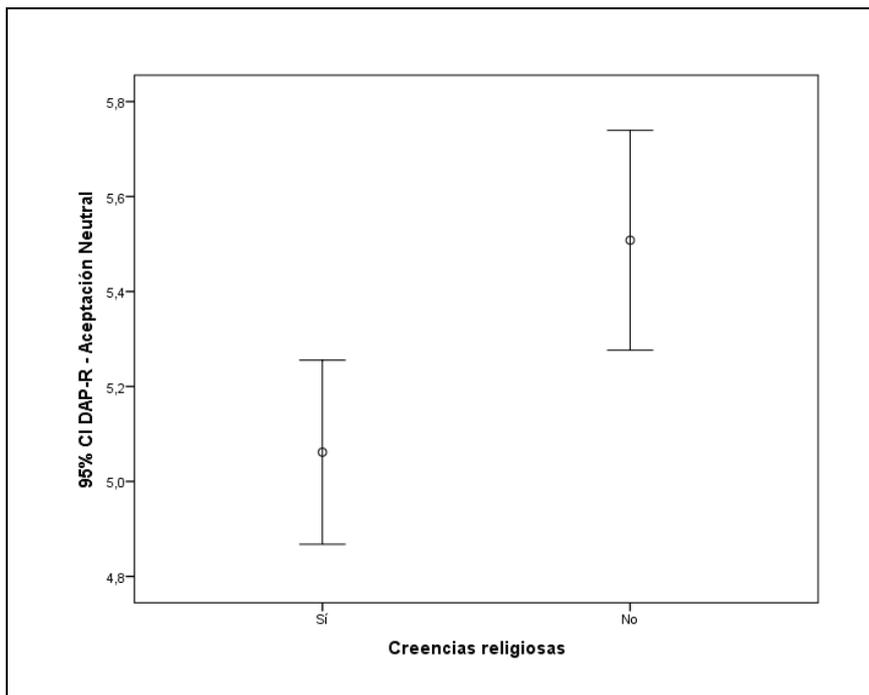


Figura 4. Creencias religiosas y DAP – R Aceptación neutral

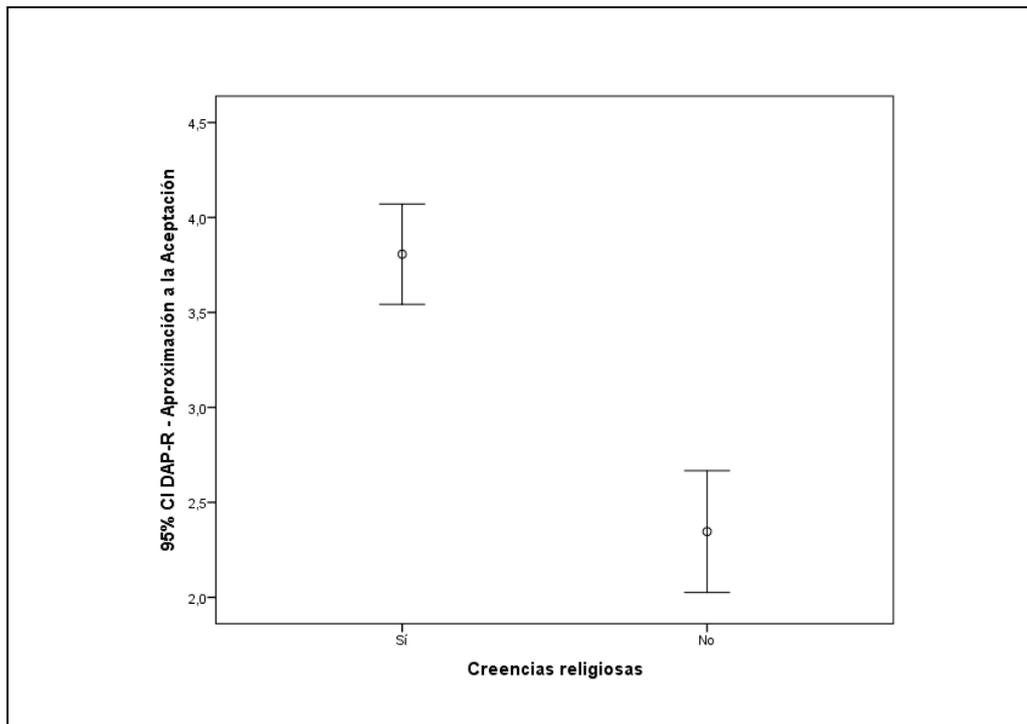


Figura 5. Creencias religiosas y DAP – R Aproximación a la aceptación

6.2.4. Diferencias DAP-R y ANSIEDAD RASGO entre estudiantes de grado en enfermería

Igualmente, se observaron diferencias significativas entre los estudiantes de 3^o y 4^o grado con respecto a la Ansiedad Rasgo. Por el contrario, no encontraron diferencias significativas refiriéndose al DAP – R Miedo a la muerte, como se puede ver en la Tabla 6.

Tabla 6 DAP-R Miedo a la muerte y Ansiedad-R entre estudiantes de grado.

		N	Media ± D.T.	p
DAP – R Miedo a la muerte	3 ^o Enfermería	38	5,004 ± 0,997	0,088
	4 ^o Enfermería	27	4,556 ± 1,072	
Ansiedad Rasgo	3 ^o Enfermería	38	18,84 ± 7,841	0,045
	4 ^o Enfermería	27	23,19 ± 9,19	

En la Figura 6 se puede observar la Ansiedad-Rasgo en los estudiantes de enfermería, siendo los alumnos de 4º grado los que presentan mayores niveles de ansiedad ($23,19 \pm 9,19$).

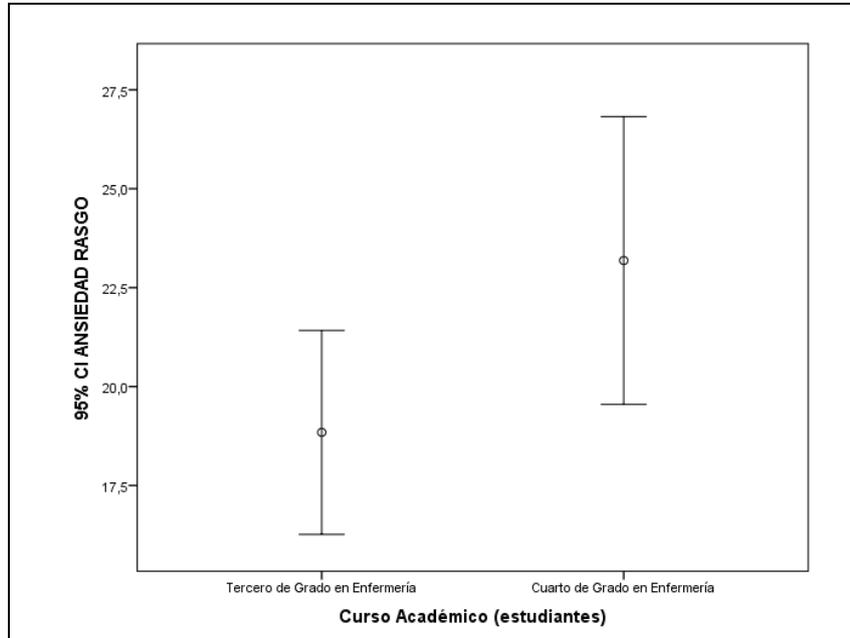


Figura 6. Ansiedad Rasgo según curso académico

6.2.5. Diferencias DAP-R según estado civil

El estado civil únicamente mostró diferencias en la variable DAP-R Escape. Para ello, se realizó un test ANOVA, obteniendo los resultados que se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7 DAP-R Escape según estado civil.

DAP-R Escape	N	Media \pm D.T	p
Soltero	84	2,726 \pm 1,306	0,016
Casado	37	3,335 \pm 1,577	
Divorciado	17	3,788 \pm 1,522	
Otros	3	3,333 \pm 1,331	

En la Figura 7 se puede observar las diferencias de DAP-R Escape según estado civil, siendo los divorciados los que presentan mayor escape $3,788 \pm 1,522$.

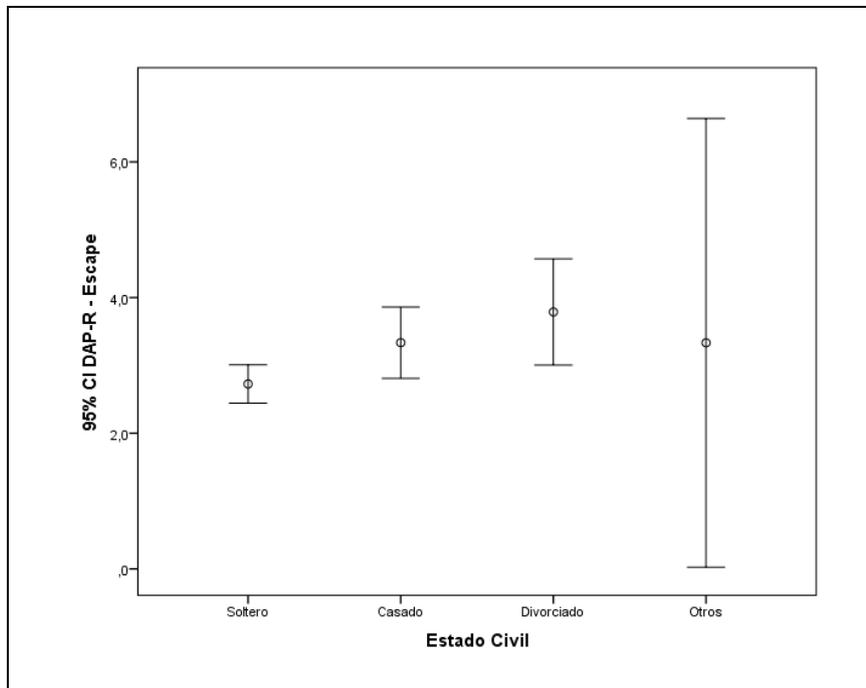


Figura 7. DAP-R Escape según Estado civil

6.3. ESTUDIO CORRELACIONAL

- El Miedo a la muerte obtuvo relaciones estadísticamente significativas y directas con Evitación de la muerte y Aproximación a la aceptación ($p < 0,001$ y $p=0,01$, respectivamente); por el contrario, se observó una relación significativa inversa con la Aceptación neutral ($p < 0,001$).
- La Evitación de la muerte obtuvo una relación estadísticamente significativa y directa con Aproximación a la aceptación ($p=0,01$) e inversa con la Aceptación Neutral ($p < 0,001$).
- La Aproximación a la aceptación obtuvo una relación estadísticamente significativa y directa con Escape ($p < 0,001$).
- Por otro lado, la Ansiedad Estado obtuvo una relación estadísticamente significativa directa con el Miedo a la muerte ($p = 0,009$) e inversa con la

Aceptación neutral ($p = 0,02$). Así mismo, la Ansiedad Rasgo obtuvo una relación estadísticamente significativa directa con el Miedo a la muerte ($p = 0,001$) y con la Evitación de la muerte ($p = 0,036$) e inversa con la Aceptación neutral ($p = 0,006$).

Estos resultados pueden observarse en las Tabla 8 y Tabla 9.

- Así mismo, la Ansiedad Estado tenía una relación estadísticamente significativa directa con la Ansiedad Rasgo ($p < 0,001$) como puede verse en la Tabla 10.

Tabla 8. Correlaciones bivariadas

N = 141		DAP-R Evitación de la muerte	DAP-R Aceptación neutral	DAP-R Aproximación a la aceptación	DAP-R Escape
DAP-R Miedo a la muerte	r	,551**	-,413**	,205*	-,087
	p	,000	,000	,015	,307
DAP-R Evitación de la muerte	r		-,392**	,210*	,075
	p		,000	,013	,376
DAP-R Aceptación neutral	r	-,392**		-,033	,118
	p	,000		,700	,165
DAP-R Aproximación a la aceptación	r	,210*	-,033		,480**
	p	,013	,700		,000
DAP-R Escape	r	,075	,118	,480**	
	p	,376	,165	,000	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 9. Correlaciones DAP – R y STAI

N = 141		Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
DAP-R Miedo a la muerte	r	,220**	,281**
	p	,009	,001
DAP-R Evitación de la muerte	r	,116	,177*
	p	,170	,036
DAP-R Aceptación neutral	r	-,196*	-,230**
	p	,020	,006
DAP-R Aproximación a la aceptación	r	,161	,123
	p	,056	,146
DAP-R Escape	r	,124	,154
	p	,142	,068

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 10. Correlaciones Ansiedad Estado – Ansiedad Rasgo

N = 141		Ansiedad Rasgo
Ansiedad Estado	r	,723**
	p	,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la Figura 8 y Figura 9 se puede ver la correlación entre DAP-R Miedo a la muerte y Ansiedad Rasgo y DAP-R Aproximación a la aceptación y DAP-R Escape, respectivamente.

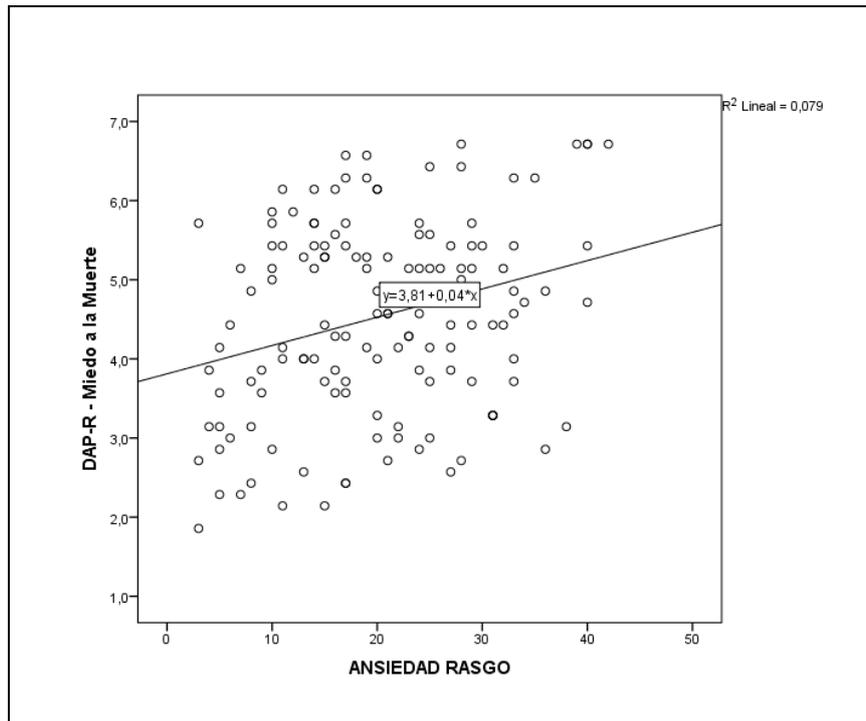


Figura 8. DAP-R Miedo a la muerte – Ansiedad-Rasgo

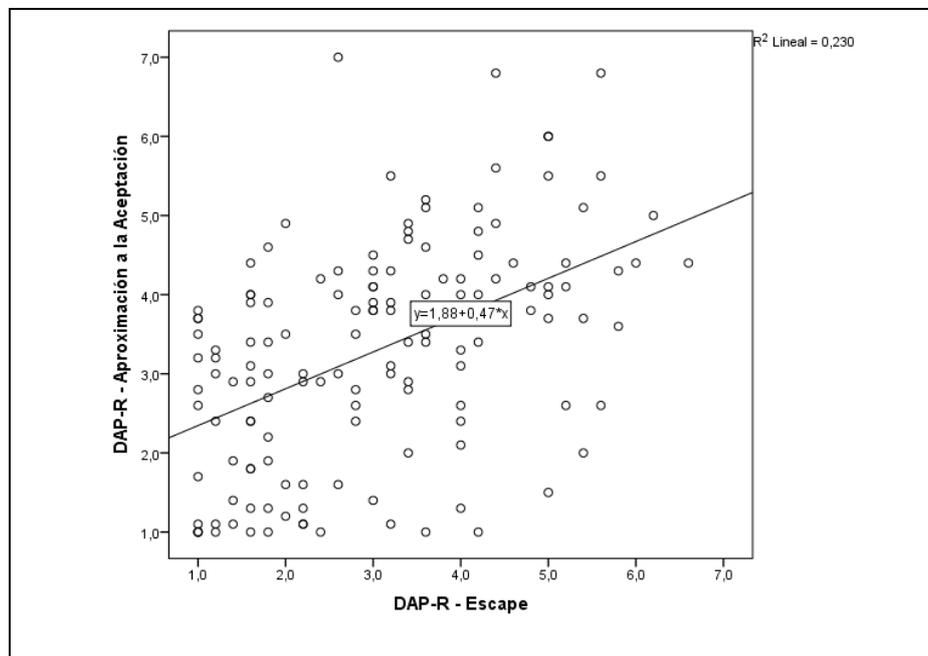


Figura 9. DAP-R Aproximación a la aceptación – DAP-R Escape

7.- DISCUSIÓN

7.1.- ENFERMEROS Y ESTUDIANTES

Centrándonos en el análisis de los resultados, se puede comenzar haciendo un contraste general entre *profesionales y estudiantes*. No se han encontrado diferencias conforme a la ansiedad ante la muerte pero sí ante las actitudes ante la muerte: miedo y escape.

Los estudiantes tienen mayores puntuaciones de temor a la muerte que los profesionales, lo cual, podría interferir en el desempeño futuro de su labor enfermera. Al ser una población joven, quizá para ellos sea más fácil imaginarse su muerte o la de un ser querido que su propio proceso de morir, lo que implica un conocimiento mayor sobre la enfermedad avanzada y terminal, la agonía o el proceso de morir en sí mismo, experiencias y dominios que podrán ir adquiriendo a lo largo de su formación. (Brunet et al., 2003). Varios autores referencian que los alumnos que tienen contacto con la muerte presentan menos miedo a la muerte. Parece que la experiencia de la muerte del otro ayuda al desarrollo de capacidades y estrategias de afrontamiento más eficaces. (Edo-Gual et al., 2011)

Para justificar esta diferencia, hay autores que afirman que respecto a la actitud ante la muerte, los factores que influyen en que el profesional de enfermería tenga una actitud tanto negativa o positiva están dados por varias variables, entre ellas, los años de experiencia profesional y preparación de pregrado en relación a la muerte. (Maza Cabrera et al., 2009).

Según un estudio llevado a cabo en la Universidad de Granada, los sujetos que reciben formación se sienten más seguros y preparados cuando se trata de trabajar con pacientes terminales y moribundos. Serán profesionales más cualificados y preparados para trabajar en servicios de cuidados paliativos, o en esas situaciones que tengan que cuidar a pacientes en procesos de fin de vida. (Schmidt-RioValle et al., 2012). Así mismo, otros autores concluyen que programas de formación específicos pueden mitigar el efecto estresante del contacto con la muerte y puede ser un recurso muy útil tanto para estudiantes como para los docentes. (Bentata et al., 2007)

Un estudio transversal descriptivo, realizado a 147 enfermeras israelíes, para analizar sus actitudes frente el cuidado de pacientes terminales en unidades de oncología, demostró que las actitudes se relacionaron negativamente con la evitación, el miedo, y el enfoque de la aceptación de la muerte. De este modo, sugiere que

algunas enfermeras pueden utilizar evasivas para hacer frente a sus propios miedos personales de la muerte. (Braun et al., 2010).

Es lógico esperar en el profesional sanitario una vía de escape para su salud psicológica (Garrido et al., 2000) ya que los profesionales de la sanidad son uno de los colectivos del sector público más afectado por el síndrome de burnout. (Beltrán, Moreno, & Reyes, 2014).

Igualmente, diferentes autores concluyen que la implicación emocional de los profesionales, ocasiona directamente una evitación de la situación de sufrimiento por parte de los mismos, lo que disminuye la calidad del cuidado enfermero. (Sevilla-Casado & Ferré-Grau, 2013). Esta actitud inadecuada de los sanitarios estaría representada por actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte (Maza Cabrera et al., 2009).

Por el contrario, otros autores demuestran la creencia por parte de los profesionales de que el contacto con la muerte promueve su crecimiento personal y les permite aceptar su propia muerte, aun existiendo ansiedad, concluyen que la muerte no es una salida, por muy complicada y difícil que pueda resultar la vida. (Huertas et al., 2014)

7.2.- TEMOR A LA MUERTE Y GÉNERO

Los resultados obtenidos demuestran que las mujeres tienen menor aceptación neutral que los hombres, por lo que presentan más miedo a la muerte.

En un grupo de 197 enfermeros se estudiaron las actitudes hacia las personas mayores y ante el envejecimiento de uno mismo. Se predijo que las relaciones con otras personas mayores, hacían que aumentara significativamente el temor a morir y más concretamente el temor a lo desconocido. Según los resultados que se obtuvieron, las enfermeras tenían mayor temor a morir que los hombres. Estos resultados se interpretan mediante patrones de socialización y su aplicación en la tapa final de la vida (Depaola, Griffin, Young, & Neimeyer, 2003).

La mayoría de los investigadores que han examinado la existencia de diferencias en el miedo a la muerte entre hombres y mujeres han comprobado un mayor temor entre estas últimas en varios estudios realizados así como una mayor ansiedad, llegando a afirmarse que “el elevado miedo y ansiedad ante la muerte en las

mujeres es una conclusión consistente". (Restrepo Madero, 2014). Esto señala que se trata de un fenómeno universal. (Tomás-Sábado & Benito, 2003)

7.3.- INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS

Se ha observado que las creencias religiosas influyen de manera negativa con la aceptación neutral y tienen una relación positiva con la aproximación a la aceptación.

Una de las inferencias que se ha admitido en los ambientes cristianos es que los creyentes no deberían temer a la muerte. Ya desde los años 60 se viene observando que aquellos que tienen creencias religiosas más arraigadas, tienen menos miedo a la muerte, y están más preparados para la muerte que los que no tienen creencias religiosas (SWENSON, 1961).

Un estudio concluye que a los futuros profesionales de enfermería les preocupa en gran parte los aspectos espirituales. Es curioso que en una sociedad materialista y consumista, se valore muchísimo y más aún por parte de los jóvenes, los aspectos religiosos y espirituales de la muerte. (Campos Aranda et al., 2002)

Algunos autores que han examinado la literatura sobre la religión, religiosidad y espiritualidad, entre los años 1990-2010, han observado que existe gran evidencia de que las creencias religiosas se correlacionan con una mejor salud mental y menor ansiedad ante la muerte. (Bonelli & Koenig, 2013).

Así mismo, otros autores manifiestan que el mayor grado de religiosidad se relaciona con menos miedo a la muerte. (Edo-Gual, Tomás-Sábado, & Aradilla-Herrero, 2011; Edo-Gual et al., 2011; Henrie & Patrick, 2014; Pollak, 1979).

Como conclusión, varios autores plantean que la actitud que cada persona adopta ante la muerte depende de las creencias religiosas, estas juegan un papel notable en la influencia positiva, negativa o neutra en todas las personas al pensar en su propia muerte (Cortiñas, Rodríguez, Obregón, & Pantoja, 2015).

7.4.- ANSIEDAD - RASGO ANTE LA MUERTE EN ESTUDIANTES DE GRADO

Se ha observado que los alumnos de 3º de grado de enfermería presentan menor ansiedad-rasgo que los alumnos de 4º curso.

Los factores estresores disminuyen a lo largo de las prácticas, pero vuelven a aumentar al final de la carrera. Estos factores que provocan estrés son el contacto con el sufrimiento, hacer mal el trabajo y perjudicar al paciente o confundirse de medicación. (Sánchez Donaire et al., 2013).

Además, estas diferencias también pueden ser debidas al estrés provocado al final del último curso debido al futuro incierto percibido por los estudiantes. (Montesinos & Gago Velasco, 2013).

Otros autores referencian que los alumnos de cursos más avanzados presentan menos miedo a la muerte. (Edo-Gual et al., 2011)

8.- CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente trabajo son las que se detallan a continuación:

1. Los estudiantes muestran mayor miedo a la muerte que los profesionales de enfermería. Este aspecto puede ser debido a una escasa formación o menos experiencia en el contacto con la muerte.
2. Los profesionales de enfermería muestran mayor escape frente a la muerte que los estudiantes.
3. Así mismo, entre 3º y 4º grado de enfermería, los estudiantes de 4º presentan mayor ansiedad que sus compañeros.
4. Las creencias religiosas ejercen gran influencia en las actitudes ante la muerte tanto de profesionales como de estudiantes.
5. No se observan diferencias significativas en el temor a la muerte entre las diferentes unidades clínicas estudiadas.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abalo, J. G., Abreu, María del Carmen Llantá, Pérez, C. M., Roger, M. C., Méndez, M. C. R., Pedreira, O. I., Arisso, D. M. (2010). Ansiedad y actitudes ante la muerte: Revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10)
- Antolín Rodríguez, R., Pualto Durán, M., Moure Fernández, M., & Quinteiro Antolín, T. (2007). Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, 6(1)
- Arca, M. G. (2014). Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios. *Enfermería Clínica*, 24(5), 296-301.
- Aries, P. (1975). Essais sur l'histoire de la mort en occident. *Du Moyen Age À Nos Jours*,
- Ariès, P. (1975). *Western attitudes toward death: From the middle ages to the present* JHU Press.
- Ayarra, M., & Lizarraga, S. (2009). Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, , 24 55-63.
- BA, S. P., Dean, S., & BA, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 700-706.
- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., & Reyes, M. B. P. (2014). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: Una revisión. *Psicología Y Salud*, 14(1), 79-87.
- Bentata, B. B., Quintana, F. C., Venegas, J. M. R., Gutiérrez, C. V., & Bentata, B. R. B. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: Una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 197-205.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673.
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohsenpour, M., & Asadi, N. (2013). Lived experiences of pediatric oncology nurses in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(5), 349.
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, , 37(1) E43-E49.
- Brunet, R. C., García, J. T. L., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación En Salud*, (2), 0.

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. JHU Press.
- Campos Aranda, M., Rojas Alcántara, P., Armero Barranco, D., González Quijano, A., Muñoz Pérez, G., & Hernández Rojas, V. (2002). DEMANDAS ANTE UN PROCESO DE MUERTE. *Enfermería Global*, 1
- Chocarro González, L. (2011). Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: Una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso.
- Coffey, R., Everett, S., Miller, S., & Brown, J. (2011). End of life in the burn/trauma unit: A nursing perspective. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 1(2), 129-131. doi:10.4103/2229-5151.84799 [doi]
- Cooper, J., & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), 423-430.
- Cortiñas, L. T., Rodríguez, L. M. N., Obregón, L. M., & Pantoja, Y. S. (2015). Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal. *Revista Archivo Médico De Camagüey*, 9(1)
- Cruz Quintana, F., García Caro, M., Schmidt Riovalle, J., Navarro Rivera, M., & Prados Peña, D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista Rol De Enfermería*, 24(10), 664-668.
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27(4), 335-354.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1) 97-104.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135.
- Eseverri Chaverri, C. (2002). La sociedad ante la muerte: Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *INDEX De Enfermería*, (39), 35-39.
- Fernández, M. C. P., Rodríguez, B. E. H., Arencibia, V. M. G., & Godoy, M. Á. M. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. 50,
- Gala León, F., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos De Medicina Forense*, (30), 39-50.
- Garrido, M. M., Fernández, J. A., Lorenzo, D. J. F., López, R. L., González, A. B., Acosta, María del Carmen Carrasco, & Rodríguez, A. C. M. (2000). A propósito de la muerte. *Cultura De Los Cuidados: Revista De Enfermería Y Humanidades*, (7), 181-186.

- Henrie, J., & Patrick, J. H. (2014). Religiousness, religious doubt, and death anxiety. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 203-227.
- Huertas, L. A., Pérez, S. R. A., & Avilés, E. V. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H., & Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative and Supportive Care*, 6(04), 363-369.
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
- LEICH, T. (1982). The institute on hospice. *Citado Por C.Reverdin Et Al.En" La Mort Restituée".Ed.Labor Et Fides.Ginebra,*
- Leung, D., Esplen, M. J., Peter, E., Howell, D., Rodin, G., & Fitch, M. (2012). How haematological cancer nurses experience the threat of patients' mortality. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2175-2184.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Ansiedad y estrés.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Ansiedad y estrés.
- Maza Cabrera, M., Zavala Gutiérrez, M., & Merino Escobar, J. M. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia Y Enfermería*, 15(1), 39-48.
- Míguez Burgos, A., & Muñoz Simarro, D. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*, (16), 0-0.
- Montesinos, M. J. L., & Gago Velasco, M. M. (2013). EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS ESTUDIANTES DE 4º GRADO DE ENFERMERÍA ANTE LA INCERTIDUMBRE DE SU FUTURO PROFESIONAL. *Revista De Enfermagem E Atenção À Saúde*, 2(02)
- Nuland, S. B. (1998). *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida* Alianza Editorial.
- Pascual Fernandez, M. C. (2011). Anxiety of nursing staff in the face of death in critical care units and its relationship with the patients' age. [Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes] *Enfermería Intensiva / Sociedad Española De Enfermería Intensiva Y Unidades Coronarias*, 22(3), 96-103. doi:10.1016/j.enfi.2011.01.004 [doi]
- Paul, T. W., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*, 121.

- Pérez Andrés, C., Alameda Cuesta, A., & Albéniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de madrid. opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española De Salud Pública*, 76(5), 517-530.
- Pérez, Á B., & Ferrer, M. T. A. La muerte a través del discurso del personal sanitario. el caso de las instituciones hospitalarias de alicante.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal : AENJ*, 16(4), 152-159. doi:10.1016/j.aenj.2013.08.001 [doi]
- Pollak, J. M. (1979). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 10(2), 97-121.
- Restrepo Madero, E. (2014). Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud en población romaní/gitana de SES medio-bajo.
- Rojas Marcos, L. (2000). Nuestra felicidad. *Nuestra Felicidad*,
- Sánchez Donaire, A., Vivo Ortega, I., Cobo Cuenca, A., Castellanos Rainero, R., Rodríguez Aguilera, C., & Carbonell Gómez de Zamora, R. (2013). Factores estresores y ansiedad en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Metas De Enfermería*, 16(5), 55-60.
- Schmidt-RioValle, J., Montoya-Juarez, R., Campos-Calderon, C. P., Garcia-Caro, M. P., Prados-Pena, D., & Cruz-Quintana, F. (2012). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa*, 19(3), 113-120.
- Sevilla-Casado, M., & Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de atención sociosanitaria: Datos y significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114.
- SWENSON, W. M. (1961). Attitudes toward death in an aged population. *Journal of Gerontology*, 16, 49-52.
- Teresa, L. R. M. (2000). Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.
- Tomás Sábado, J., & Guix Llistuella, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: Efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 11(3), 104-109.
- Tomás-Sábado, J., & Benito, J. G. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista De Psicología General Y Aplicada: Revista De La Federación Española De Asociaciones De Psicología*, 56(3), 257-279.

ANEXOS

CUESTIONARIO ANSIEDAD-TEMOR A LA MUERTE

Código:

GRACIAS POR PARTICIPAR. Este cuestionario que tiene en sus manos pretende evaluar la situación real por la que las/las profesionales y estudiantes de enfermería pasan día a día. NUESTRO PROPÓSITO NO ES EVALUARLE, sus datos son confidenciales y se asegura el más estricto control de los mismos. Los datos serán informatizados, asegurando que estos se encuentren en soportes físicos de almacenamiento, no estando por ello en ninguna red de datos online. Para garantizar el TOTAL ANONIMATO, le rogamos que NO PONGA SU NOMBRE NI REVELE SU IDENTIDAD EN NINGUNA DE LAS SECCIONES DE ESTE CUADERNILLO. Del mismo modo, una vez analizados todos los datos, las conclusiones del estudio podrán ser publicadas. Por favor, RELLENE TODOS LOS CAMPOS que se exponen a continuación:

Sexo: Hombre / Mujer Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año Nipos: Si / No
 Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Otro: ¿Cuál? Nacionalidad:
 Religión: Si / No ¿Ha estado en contacto con pacientes terminales? Si / No

ESPECÍFICO PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:
 Servicio en el que trabaja: Años que lleva en el servicio:
 Turno de trabajo: Mañana Tarde Corretornos Noche ¿Ejerce funciones de supervisión? Si / No
 Número de pacientes atendidos durante su turno: Tipo de contrato: Indefinido Temporal Mensual Otro:

ESPECÍFICO PARA LOS ESTUDIANTES: Curso: Tercero / Cuarto ¿Trabaja? Si / No
 ¿Ha realizado prácticas clínicas? Si / No ¿Falló algún paciente durante sus prácticas? Si / No
 ¿Ha realizado prácticas en alguno/a de estos servicios? Indique cuál/cuáles: Medicina interna Cuidados paliativos Oncología UCI

A continuación le presentamos una serie de cuestiones que usted deberá rellenar SIEMPRE SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE SE INDICAN EN CADA APARTADO. Intente ser lo más sincero/a posible sin emplear mucho tiempo en cada apartado, recuerde que no existen respuestas buenas o malas, todo depende de su experiencia y punto de vista. Rellene todas las preguntas. El cuestionario es individual, por lo que le rogamos que no comente nada con sus compañeros, incluso cuando éste haya finalizado. No ponga su nombre en ninguna parte del cuestionario, ya que es totalmente anónimo. Durante el desarrollo del mismo, cada 5 ítems encontrará una línea de trazado más grueso, para facilitarle la omisión involuntaria de sus respuestas. Una vez cumplimentado, el cuestionario deberá ser entregado solo y exclusivamente a la persona con quien acordó. NO PERMITA QUE PERSONAS AJENAS AL ESTUDIO LE RECOJAN EL CUESTIONARIO, EN TODO MOMENTO SE PRETENDE OFRECER EL MÁXIMO ANONIMATO POSIBLE. RECUERDE RELLENAR TODOS LOS ÍTEMS.

Página 1 de 4

Código:

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases relacionadas con sentimientos que usted experimenta o experimentaría cuando se enfrenta con un paciente terminal. Por favor, lea detenidamente cada frase y responda anotando el grado de acuerdo o desacuerdo ante las siguientes afirmaciones.

1. Totalmente desacuerdo	2. Desacuerdo	3. Parcialmente en desacuerdo	4. Neutral/Indeciso	5. Parcialmente de acuerdo	6. De acuerdo	7. Totalmente de acuerdo	
1. La muerte es sin duda, una triste experiencia.	1	2	3	4	5	6	7
2. La perspectiva de mi propia muerte me causa ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7
3. Evito pensar en la muerte a toda costa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Creo que iré al cielo después de morir.	1	2	3	4	5	6	7
5. La muerte pondrá fin a todos mis problemas.	1	2	3	4	5	6	7
6. La muerte debería estar vista como natural, innegable e inevitable.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me preocupa el carácter definitivo de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
8. La muerte es la entrada a un lugar de mayor satisfacción.	1	2	3	4	5	6	7
9. La muerte es un escape de este horrible mundo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Cada vez que el pensamiento de la muerte entra en mi mente, trato de alejarme.	1	2	3	4	5	6	7
11. La muerte es la liberación del dolor y el sufrimiento.	1	2	3	4	5	6	7
12. Intento no pensar en la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
13. Creo que el cielo será un sitio mejor que este mundo.	1	2	3	4	5	6	7
14. La muerte es algo natural de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
15. La muerte es la unión con Dios y la dicha eterna.	1	2	3	4	5	6	7
16. La muerte promete una nueva y gloriosa vida.	1	2	3	4	5	6	7
17. No temo a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
18. Temo a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
19. Evito pensar en la muerte por completo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Me preocupa mucho el tema de la vida después de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me produce miedo el hecho de que la muerte signifique el fin de todo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Espero ver a mis seres queridos cuando muera.	1	2	3	4	5	6	7
23. La muerte es un alivio de los sufrimientos terrenales.	1	2	3	4	5	6	7
24. La muerte forma parte del proceso de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
25. La muerte es el camino a un eterno y bendito lugar.	1	2	3	4	5	6	7
26. Intento no tener nada que ver con la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.	1	2	3	4	5	6	7
28. Algo que me transmite confort frente a la muerte es mi creencia en el más allá.	1	2	3	4	5	6	7
29. La muerte es el alivio de la carga de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
30. La muerte no es buena ni mala.	1	2	3	4	5	6	7
31. Espero con interés a la vida después de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué pasará después de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7

Página 2 de 4

Código:

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, hoy mismo.

0- Nada	1- Algo	2- Bastante	3- Mucho	
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confiable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy inquieto.	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas o malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente VD. generalmente.

NOTA: El cuestionario anterior era diferente, reflejaba su situación presente, no los confundir! Ahora se le pide cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones.

0- Casi nunca	1- A veces	2- A menudo	3- Casi siempre	
21. Me siento bien.	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3

Página 3 de 4

Código:

26. Me siento descansado.	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30. Soy feliz.	0	1	2	3
31. Sueño tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33. Me siento seguro.	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMO ÚLTIMO FAVOR, LE AGRADECERÍAMOS QUE VERIFICASE QUE HA CONTESTADO TODOS LOS ÍTEMS PARA EVITAR ASI OMISIONES INVOLUNTARIAS. GRACIAS.

ESPACIO RESERVADO PARA CUALQUIER OBSERVACIÓN ADICIONAL QUE USTED DESEE REALIZAR:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Página 4 de 4

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO

<p style="text-align: center;">MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Proyecto: "ANSIEDAD Y TEMOR A LA MUERTE EN PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA".</p> <p>Participante: Unidad clínica: Centro: Investigador: Marta Fernández Pérez, alumna de 4º grado de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz.</p> <p>LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTA DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.</p> <p>OBJETO DEL ESTUDIO.</p> <p>Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación, proyecto de fin de grado de enfermería, cuyo objetivo primario es evaluar el nivel de ansiedad y temor a la muerte en los profesionales sanitarios y estudiantes de enfermería de 3º y 4º de grado. Otros objetivos que nos planteamos son: observar las diferencias de ansiedad y temor a la muerte entre profesionales sanitarios y estudiantes de enfermería, al igual que entre las diferentes unidades médicas, y determinar si hay relación entre la ansiedad y el temor a la muerte.</p> <p>PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.</p> <p>El único procedimiento al que será sometido/a será a la realización de las dos encuestas que se adjuntan con este consentimiento informado. La duración del proyecto será desde enero a junio de 2015, durante este tiempo usted nos autoriza a utilizar los datos <i>exclusivamente con finalidad de investigación</i>. Los datos que cede serán utilizados exclusivamente para dicha investigación, <i>sin ánimo de lucro</i>.</p>	<p>RESULTADOS DEL ESTUDIO.</p> <p>Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación biomédica.</p> <p>RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.</p> <p>Los riesgos asociados a la toma de datos son mínimos. Las encuestas están validadas y son completamente anónimas.</p> <p>BENEFICIOS.</p> <p>La participación en el proyecto no será recompensada económicamente. Los beneficios están orientados a nivel de investigación y van dirigidos a esclarecer el nivel de ansiedad y temor a la muerte de una forma descriptiva y observacional.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD DE SU MUESTRA.</p> <p>De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados de los cuestionarios se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave de tal modo que no pueda relacionarse la muestra e información obtenida con la identidad del sujeto. Las muestras serán anonimizadas, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis ulterior.</p> <p>El investigador principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto.</p> <p>El investigador principal del proyecto se compromete a no utilizar las muestras para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar las muestras a otros posibles proyectos o equipos de investigación.</p> <p>Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora</p>
<p>de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 17 de 19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.</p> <p>Si fuese necesario el almacenamiento de los datos para análisis ulteriores, tal como recoge la Ley 41/2007, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 9.3), el consentimiento escrito del participante será necesario para cada una de las actuaciones que se lleven a cabo.</p> <p>Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.</p> <p>Recibirá una copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.</p> <p>DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE</p> <p>He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De las ventajas e inconvenientes de este procedimiento. • Del fin para el que se utilizarán mis datos. • He sido informado de que los datos que cede serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro. • Que mis muestras serán proporcionadas de forma anónima a los investigadores del proyecto. • Que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado mis datos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. <p>Usted tiene derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento.</p> <p>SE ME HA PROPORCIONADO COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.</p> <p>Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>Declaración del investigador de que ha informado debidamente al participante.</p> <p>Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>El investigador principal, Marta Fernández Pérez, puede ser contactado en cualquier momento en el siguiente correo electrónico, martaferpe@hotmail.com, a fin de recabar información acerca del proyecto.</p>

ACEPTACIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UEx



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,
TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN**

NºRegistro: 02//2015

Campus Universitario
Avda de Elvas s/nº
06071 BADAJOZ

Tel.: 924 28 93 05
Fax: 924 27 29 83

**Dª Mª ANGELES TORMO GARCIA, SECRETARIA DE LA COMISION DE
BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.**

INFORMA: Que una vez evaluada por este Comité la solicitud de Proyecto Fin de Grado, titulado "Ansiedad y Temor a la muerte en profesionales y estudiantes de enfermería de Extremadura" cuyo investigador responsable es D/Dª Marta Fernández Pérez, ha decidido por unanimidad valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz a 4 de marzo de 2015..



VºBº

Fdo.: Fernando Henao
Presidente por delegación de
la Comisión de Bioética y
Bioseguridad.