

UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LEIOA

CURSO ACADÉMICO 2013-2014

TRABAJO FIN DE GRADO

Proyecto de Investigación

**ANSIEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN RELACIÓN A LA MUERTE DE SUS
PACIENTES. COMPARATIVA UCI Y
ONCOLOGÍA.**

Laura Alonso Salido

Leioa a 8 de Mayo de 2014

RESUMEN

La muerte y el proceso de morir ha terminado siendo una situación vinculada al mundo hospitalario. La enfermería es una profesión que se enfrenta cada día a la muerte de otras personas. Estas situaciones a menudo resultan difíciles y dolorosas, por lo que no debemos dejar de encontrar una actitud que pueda equilibrar tanto nuestros sentimientos de tensión, como la cobertura de las necesidades del paciente con una enfermedad terminal o en situación crítica. Existen determinados servicios como UCIs, Oncología, etc. que acogen a pacientes en una situación más grave y con menos expectativas de curación que pueden resultar más dolorosos para la enfermería, al estar constantemente enfrentados a la muerte. Con el fin de conocer los niveles de ansiedad de los profesionales de enfermería de las UCIs y Oncología, se realiza este trabajo. **Objetivos:** Evaluar los grados de ansiedad de profesionales de enfermería de UCI y Oncología ante la muerte. **Metodología:** Estudio observacional de prevalencia que se realizará a 88 profesionales de enfermería de los hospitales de Cruces y Galdakao (Osakidetza), mediante los cuestionarios STAI y DAI, que corresponden a ansiedad y ansiedad ante la muerte, respectivamente, siendo validados internacionalmente. **Conclusión:** En función de los resultados obtenidos podría plantearse el hecho de que la ansiedad pudiera aumentar el número de errores en el trabajo, y que el entendimiento y la preparación ante la muerte puede beneficiar a una disciplina como la enfermería y ayudarla en su ejercicio laboral diario reduciendo así sus niveles de ansiedad.

Palabras clave: Muerte, Ansiedad ante la Muerte, Enfermería.

ÍNDICE:

1. Introducción: Antecedentes.....	1
1.1 Marco Teórico: Ansiedad.....	3
a) Evaluación del concepto de ansiedad.....	4
b) Manifestaciones de la ansiedad.....	4
b.1.Síntomas somáticos.....	5
b.2.Otras manifestaciones.....	6
c) Sistemas de clasificación.....	6
d) Escalas de valoración de ansiedad.....	8
e) La ansiedad ante la muerte.....	8
1.2 Marco teórico: Muerte.....	9
a)Fases del proceso terminal.....	10
1.3 Estudios “Ansiedad ante la muerte en Enfermería”.....	12
2. Objetivos.....	16
a)Objetivo general.....	16
b)Objetivo específico.....	16
3. Hipótesis.....	16
a)En relación al objetivo general.....	16
b)En relación al objetivo específico.....	16
4.Justificación del estudio.....	17
5. Metodología.....	17
a) Ámbito de estudio.....	17
b) Periodo de estudio.....	17
c)Tipo de estudio.....	17
d) Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	18
Tabla I.....	18
e) Criterios de inclusión.....	18
f) Criterios de exclusión.....	18
g) Variable dependiente.....	18
h) Variable independiente.....	19
i) Mediciones.....	19
i.1) Características sociodemográficas y profesionales.....	19
i.2) STAI.....	19

i.3) DAI.....	19
6. Aspectos ético-legales.....	20
Tabla II.....	20
7. Mecanismo de selección de la muestra y Justificación del tamaño muestral.....	20
7.1 Análisis de datos.....	21
8. Limitaciones del estudio.....	21
9. Plan de trabajo: Cronograma.....	22
10. Beneficios e innovaciones esperados del proyecto.....	22

BIBLIOGRAFÍA.....	23
--------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo I (Características sociodemográficas).....	26
Anexo II (STAI).....	28
Anexo III (DAI).....	30
Anexo IV (Hoja información participante).....	31
Anexo V (Descripción PLAN TRABAJO).....	34

1. INTRODUCCIÓN: ANTEDECENTES

La muerte y el duelo son situaciones que una enfermera a lo largo de su vida profesional debe afrontar en determinadas ocasiones. Los profesionales sanitarios, en virtud de las responsabilidades inherentes a nuestra condición laboral, estamos en constante relación con la realidad de la muerte de otras personas¹.

Estas situaciones a menudo resultan difíciles y dolorosas, pero no por ello debemos dejar de encontrar una actitud que pueda equilibrar tanto nuestros sentimientos de tensión como la cobertura de las necesidades del paciente con una enfermedad terminal¹.

Existen determinados servicios como pueden ser UCI, Oncología o cuidados paliativos, que acogen a pacientes en una situación más grave y con menos expectativas de curación.

Como profesionales sanitarios debemos asegurarnos de proporcionar la mayor excelencia en los cuidados ofrecidos a nuestros pacientes con el fin de conseguir una mejor calidad de vida y que los pacientes puedan adaptarse del mejor modo a la situación a la que se enfrentan. En el campo de la geriatría, este fundamento se hace todavía más palpable puesto que al ser pacientes que se encuentran en una situación más o menos próxima a la muerte, la dignidad de estos pacientes tanto en el momento de su muerte como en los momentos previos, es algo a considerar¹.

Sin embargo, ¿qué sucede cuando los pacientes en situación cercana a la muerte son personas jóvenes donde la muerte se presenta de manera repentina? ¿Qué sucede en estos tipos de servicios como las UCIs en donde se viven a diario este tipo de situaciones?¹.

La muerte y el proceso de morir ha terminado siendo una situación vinculada al mundo hospitalario, siendo por este motivo, algo aceptado por el personal sanitario. Mientras que las personas viven con una relación de temor ante la muerte, los profesionales sanitarios están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas, algo que podría contradecir el objetivo principal de dichas profesiones, que se basa en el intento de preservar la salud y la vida. En determinadas ocasiones, erróneamente, se cuida al paciente para que se cure y no

para que viva con una mejor calidad de vida el tiempo que le queda, negándosele la oportunidad de ser el mismo hasta el final de sus días y ocultándole la realidad de su enfermedad.²

Si queremos realizar una reflexión profunda de las situaciones vividas y el sufrimiento ocasionado por el trabajo de la enfermera en ámbitos con pacientes en situación crítica, hay que comprender las situaciones vividas por este tipo de profesionales por la intensidad del propio trabajo. Todo ello debido a la responsabilidad inherente al mismo, o por la extensión de las anteriores dimensiones, que en ocasiones no finaliza cuando lo hace la jornada laboral y es más doloroso y consecuente a su vida personal³.

Como profesionales de enfermería debemos entender estas situaciones derivadas de nuestro trabajo, que pueden llevarnos a un creciente estrés. Debemos aceptarlas, pero también asumir desde el punto de vista profesional que no sólo tenemos una función asociada a la vida, la prolongación de la misma y la mejora de nuestras condiciones humanas, sino también funciones de acompañamiento en el final de la misma³.

La experiencia de la muerte es una vivencia que puede conmocionar, atemorizar y crear desasosiego en la persona que se enfrenta a la misma. El momento del final de la vida no produce indiferencia ante nadie por lo que el peso que puede dejar el personal sanitario es innegable⁴.

1.1 MARCO TEORÍCO: ANSIEDAD

La ansiedad es un sentimiento intrínseco a la condición humana que consiste en un sufrimiento psicológico que perturba el comportamiento del individuo y puede comprometer su funcionamiento ordenado repercutiendo física y psíquicamente en el sujeto^{5,6}.

Según el Diccionario de la Real Academia Española se trata de la emoción universalmente más experimentada y ha recabado especial atención por parte de filósofos, teólogos, poetas, psicólogos u psiquiatras ⁵.

La ansiedad puede ser una situación que lleva al individuo a reaccionar ante una amenaza o miedo determinado para poder adaptarse al nuevo medio, una reacción ante situaciones que nos afectan, en las que tenemos algo que ganar y que perder. Es una respuesta defensiva de nuestro organismo ante una situación que para la persona que la padece, es vivida como peligrosa, ya que provoca un estado transitorio de temor, nerviosismo y activación fisiológica. Hay cierta ambigüedad en la definición del término, ya que a menudo se habla indistintamente de ansiedad, miedo, estrés, tensión, angustia, etc⁶.

Cuando un sentimiento de ansiedad es consecuencia de la amenaza ante un peligro, se utiliza el término miedo, aunque la amenaza ante la ansiedad, es distinta de la amenaza del miedo. Mientras el miedo es respuesta a un objeto determinado, ya que el peligro es concreto y real, la ansiedad es una vivencia sin un reflejo determinado, el peligro que provoca la tensión mental, es indefinido o irreal. La función de la ansiedad es la de advertir y preparar al organismo frente a una posible situación de riesgo de tal modo que pueda enfrentarse al mismo y resolver la situación^{5,6}.

Una definición de ansiedad que se mantiene vigente la propuso Manuel Tobal en los años 90: *“la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, displacenteros de aprensión y tensión, aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos”⁷.*

a) Evaluación del concepto de ansiedad

El término ansiedad (en inglés anxiety; en alemán angst; en francés anxiété) provienen del latín anxietas, anxietatis, que significa angustiado, ansioso. Este adjetivo se relaciona con el verbo angere que significa estrechar, oprimir, de cuya raíz vienen otras palabras de origen latino como ansia, angina, angosto y angustia. Parece que todo remonta a una raíz indoeuropea *angh que significa estrecho o doloroso. Su raíz griega *ágkho significa apretar o estrangular. Todas estas expresiones se refieren a la experiencia de estar apretado u oprimido por algo⁸.

La abundante investigación ha dado lugar a una complejización del concepto de ansiedad. Con Kierkegaard, en el año 1844 aparece el concepto de angustia, como sentimiento que se libera ante una confrontación de alternativas⁹.

Por una parte, a partir de los años 20 Freud, publica en 1926 *Inhibición, síntoma y angustia* con lo que en ese momento el término se incorpora a la psicología, concebido como un “proceso de tensión del aparato mental y especialmente del Yo, que está amenazado por grandes cantidades de excitación no controlada”¹⁰.

Por otra parte, Watson y el conductismo utilizan el término miedo y temor en vez de ansiedad. En los años 60 aparece un enfoque cognitivo-conductual que modifica el concepto de ansiedad, según el cual, la ansiedad pasa a ser un grupo de sentimientos subjetivos de tensión relacionados con una activación fisiológica, que se producen como respuesta a un estímulo externo o interno⁹.

En resumen, desde los años 50 y hasta la actualidad, se ha producido una gran expansión del estudio de la ansiedad donde confluyen e interactúan puntos de especial importancia (Eysenck, 1992; Gray, 1982; Rachman, 1998; Spielberger, 1966). Miguel Tobal, ya mencionado, en 1990-1995 presenta una excelente revisión¹⁰.

b) Manifestaciones de la ansiedad

La ansiedad implica examinar tres tipos de componentes si bien cada uno de ellos podría actuar con independencia^{6, 9}:

- **Cognitivos o de pensamiento o experiencia subjetiva.** (Es el más específico). Temor y nerviosismo asociados a los pensamientos por anticipación ante un peligro.
- **Respuestas fisiológicas.** Aumentos frecuencia cardiaca por ejemplo.
- **De conducta Motriz.** Directas (morderse los labios) o indirectas (desviar la vista del interlocutor)

Cuando la ansiedad es proporcionada al hecho causante y se manifiesta dentro de cierta normalidad no se apreciarán síntomas, o al menos en un alto grado^{8,6}.

Sin embargo, cuando la ansiedad supera determinados límites, tendrá consecuencias en la salud del individuo impidiendo su normal comportamiento y funcionamiento e interfiriendo de manera notable en las actividades sociales de la persona afectada. Según la predisposición biológica y psicológica de cada persona se mostrará más susceptible a unos u otros síntomas de los mostrados a continuación, pero no todas padecerán los mismos síntomas ni por supuesto con la misma intensidad ⁶.

b.1) Síntomas somáticos⁹:

- **Cardiovasculares,** adoptan la forma de palpitaciones, taquicardia, que pueden asociarse a dolores precordiales. Son los más frecuentes junto a los respiratorios.
- **Respiratorios:** Sensación de ahogo, respiración acelerada y superficial.
- **Gastrointestinales:** Diarrea (lo más habitual), estreñimiento, colon irritable, alteraciones del transito intestinal en general. Dolores abdominales, flatulencias, dispepsias, etc.
- **Urinarios:** micción frecuente y tenesmo vesical.
- **Neurológicos:** Síndromes vertiginosos, cefaleas, en ocasiones, síncope.
- **Trastornos del sueño:** insomnio, sensación de no descansar, despertares frecuentes.

b.2) Otras manifestaciones^{6, 9}:

- **Manifestaciones psicológicas** como: sensación de peligro o amenaza, agobio, inquietud, temor a perder el control, obstáculos para tomar decisiones, sensación de vacío...En casos extremos, miedo a la locura o muerte.
- **Manifestaciones intelectuales** como: Dificultad para concentrarse, mantener atención y memoria. Sensación de confusión, preocupaciones excesivas, interpretaciones poco adecuadas...
- **Manifestaciones de conducta** como: impulsividad, torpeza, estado de alerta. Todos estos síntomas vienen acompañados por cambios como la expresividad corporal, rigidez, cambios en la voz, expresión facial de asombro, movimientos torpes de las manos...
- **Manifestaciones sociales** como: Problemas para iniciar una conversación, facilidad de quedarse en blanco al preguntar o responder, irritabilidad, dificultad para expresar sus propias opiniones.

c) Sistemas de clasificación:

La ansiedad hace referencia a un síntoma que puede aparecer acompañado a muchas enfermedades psicopatológicas ya que hace referencia a un malestar físico⁹.

Los principales sistemas clasificatorios referidos a estos trastornos son el DSM IV, habiéndose editado la versión de DSM V, y el CIE 10:

El **DSM-IV** Trastornos de ansiedad ⁹:

300.1 Trastorno de angustia sin agorafobia

300.21 Trastorno de angustia con agorafobia.

300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

300.29 Fobia específica

300.23 Fobia social

300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo

300.81 Trastorno por estrés postraumático

308.3 Trastorno por estrés agudo

300.02 Trastorno de ansiedad generalizada

293.89 Trastorno de ansiedad debido a... (Indicar enfermedad médica)

CIE-10 [3]⁹:

F40-4 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.1 Fobias sociales

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificar

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F 43.0 Reacción de estrés agudo

F 43.1 Trastorno de estrés postraumático

F43.2 Trastorno de adaptación

F43.8 Otras reacciones a estrés grave

F 43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población en general es elevada, con prevalencia-vida situadas entre el 2-3% para el trastorno de angustia y el TOC, y el 15% para la ansiedad social y son altamente tratables con medicación¹¹.

d) Escalas de valoración de la ansiedad

HARS (Escala de evaluación de **Hamilton**, 1996) Explora tanto la ansiedad somática como la psíquica, incluida la depresión. Se trata de una escala heteroaplicada. Es muy utilizada, por lo fácil y rápido de su aplicación⁹.

(BAI) Inventario de ansiedad de **Beck**. Explora sobre todo los síntomas somáticos y la ansiedad subjetiva. Se muestra menos contaminado por el contenido depresivo⁹.

STAI desarrollada por Spielberger y cuyo rigor psicométrico ha sido mostrado en una gran variedad de estudios. El STAI está basado en la concepción teórica de que la ansiedad tiene dos facetas: la ansiedad estado (STAI-E) y la ansiedad rasgo (STAI-R)¹².

e) La ansiedad ante la muerte

La muerte ocasiona todo tipo de comportamientos, actitudes y emociones, como el miedo y la ansiedad en la mayor parte de las ocasiones¹³.

La ansiedad ante la muerte se entiende como la reacción emocional ante la presencia de señales de peligro o amenaza, reales o no, que pueden ser la consecuencia de estímulos vinculados con el fin de la existencia de la vida, como por ejemplo cadáveres, cementerios, etc. Estos estímulos situacionales pueden ser cualquiera que se vincule con el fin de la vida de manera directa o que sean capaces de provocar una respuesta condicionada a ellos o también estímulos internos de cada persona provocados por pensamientos relacionados con la muerte propia o ajena¹⁴.

La ansiedad ante la muerte es uno de los ejemplos referentes de ansiedad con componentes de ansiedad de separación, ansiedad de pérdida y ansiedad de cambio que se pueden incrementar con la edad existiendo en tal caso un sentimiento de miedo irracional ante la muerte que no acompaña en situaciones normales. En tal caso, no conocer el momento, lugar y forma en la que se producirá la muerte genera al individuo involucrado un sinfín de sensaciones¹⁴.

Nos encontramos frente a una sociedad, que siendo mortal rechaza la muerte. La idea de vida feliz debe alejarse de toda idea de muerte. La muerte ha dejado de ser un fenómeno natural necesario y ha pasado a ser considerada como un fracaso, tanto por el sistema sanitario en el que se delega la responsabilidad del cuidado, como por el resto de la sociedad¹⁵.

1.2 MARCO TEÓRICO: SIGNIFICADO DE LA MUERTE

La muerte es la pérdida total de las funciones vitales¹⁶.

Ha sido siempre y será un tema de profunda reflexión tanto desde un punto de vista filosófico, social, religioso y científico. Antiguamente, la gente solía morir en sus propias casas, siendo sus acompañantes en tal trance sus familiares, vecinos y amigos. Esto hacía que el enfermo, se preparara de manera consciente, al igual que su entorno, para el momento de su muerte. Esto, se contradice con la tendencia social actual que es evitar este proceso, o por lo menos reducir el tiempo, así como evitar que se produzca en momentos de plena consciencia, procurando que sea incluso durante el sueño o al menos produciéndose con un nivel de consciencia bajo; lo que llamamos una muerte medicalizada¹⁷.

En nuestra sociedad la relación con la muerte es de profundo temor, llegando al punto de que su sola mención puede producir sentimientos de desasosiego y ansiedad. Una de las causas de tal temor está vinculada a que los modelos de éxito y juventud preponderantes en las sociedades modernas y occidentales chocan con el fin de la vida. Se vive sin tener en cuenta la muerte, como si esa realidad no existiera, aunque el temor tan extendido, puede responder más a la ignorancia o desconocimiento de todo lo que tiene que ver con el proceso de morir¹⁴.

La muerte ocurre día a día en la práctica del ejercicio laboral de los profesionales de la salud. Es una situación única en cada caso, complicada de afrontar tanto para el profesional como para los allegados del fallecido o de la persona que está próxima al fallecimiento^{14, 17}.

Por tanto se teme no tan sólo a la muerte sino al proceso que acompaña habitualmente a la misma, salvo en casos súbitos, como puede ser el dolor, la agonía y la pérdida de las facultades mentales¹⁷.

La muerte es una experiencia nueva, personal y totalmente desconocida¹⁴.

Numerosos estudios demuestran que al presentarse la muerte y la ansiedad asociada que produce en las personas, aumentan las respuestas individuales de defensa o se intensifican las creencias culturales. A pesar de que la ansiedad ante la muerte es tanto normal como universal, una consecuencia negativa podrían ser los problemas de salud mental ocasionados por ella. Por lo tanto es de amplia importancia clínica la propia ansiedad ante la muerte de los propios enfermeros¹⁹.

a) Fases del proceso terminal

La psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross, que dedicó toda su vida a trabajos con pacientes terminales enumera en su libro *On death and dying*²⁰ en 1969 las distintas fases que se dan en el proceso terminal.

El modelo Kübler-Ross, comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo se presenta a continuación:

- **Fase negación.** “no puede ser verdad”. La negación de la existencia de la situación, o la negación de que esa situación pueda estar realmente sucediendo, funciona como un escape a la idea de la propia muerte, y como un elemento suavizador después de una noticia inesperada que permite dar tiempo al paciente a recuperarse de la impresión. La negación, por lo menos, la negación parcial, es habitual en todos los pacientes no sólo en las primeras fases, sino también más adelante^{2, 20}.
- **Fase ira.** “¿Por qué yo?”. Es una fase muy difícil de afrontar para la familia y el personal sanitario. La ira puede dirigirse en varias direcciones proyectando sentimientos de furia y rabia contra sí mismo, contra los allegados, o contra elementos religiosos^{2, 20}.
- **Fase pacto.** La fase de promesa y de negociación donde el afectado trata de negociar consigo mismo, con el médico o con agentes religiosos para poder alargar su tiempo de vida o por lo menos pasar un tiempo sin dolor o molestias físicas, aunque reconozca el pronóstico y diagnóstico^{2, 20}.
- **Fase depresión.** El paciente se encuentra triste y deprimido porque comprende la situación de proximidad a la muerte que antes negaba o encontraba negociable. Empieza a tener más síntomas, se debilita o adelgaza, la furia y la rabia son sustituidas por esta gran sensación de pérdida^{2, 20}.
- **Fase aceptación.** El paciente ha podido afrontar la situación en la que se encuentra con el tiempo suficiente y ha podido ser asistido por familiares y profesionales para pasar por las fases anteriores llegando a una situación donde no se enfurecerá o deprimirá por su destino^{2, 20}.

Es el final del proceso de lucha contra la situación de la muerte, aunque bajo ningún concepto debe confundirse con una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos, como si el dolor hubiese desaparecido y llegase el momento del descanso antes del momento final^{2, 20}.

Debemos saber que en este proceso el enfermo podría pasar por todas las fases o incluso no contemplar alguna de ellas. En cualquiera de los casos, es conocido que superar todas las fases del proceso, permite al paciente aceptar la muerte como algo natural y que forma parte de un proceso existencial, siendo el resultado positivo para aceptar la situación tanto para el propio implicado como para sus familiares².

Todas estas fases que atraviesan los pacientes cuando afrontan la noticia trágica y todos los mecanismos de defensa que se crean cuando atraviesan esa situación difícil durarán diferentes periodos de tiempo. Lo único que persistirá a lo largo de todas las fases es la esperanza, esto les dará a los enfermos sin esperanza de vida, la misión que les ayudará a conservar el ánimo para soportar más y más pruebas cuando ya estén agotados²⁰.

1.3 ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

A continuación, cito algunos de los estudios más relevantes encontrados relacionados con la ansiedad ante la muerte de los pacientes en profesionales enfermeros, de los 5 últimos años a partir de la realización de este TFG:

■ En el artículo **Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo**¹, la muerte de un paciente afecta al profesional en su vida laboral en un 45 %, en la vida familiar en un 5% y en la vida personal en un 10 %.

Afecta “nada” a 10%, “solo ese día” a un 70%, “varios días” a un 5%, “a menudo” a un 10% y “siempre” a un 5%.

El 80% de los profesionales describen el sentimiento de pena ante la muerte del paciente como de impotencia en un 10% y como tranquilidad, empatía, paz y miedo en el porcentaje restante.

Los profesionales enfermeros que trabajan en un servicio de urgencia caracterizado por un alto nivel de mortalidad no ven afectado en un grado tan alto su vida laboral o personal y aseguran describir el proceso de la muerte como una faceta más de la

vida.

Afirman que trabajar en un servicio de ese tipo hace que se aprenda a afrontar la vida desde un punto de vista diferente para que no afecte personalmente.

■ En el artículo **El trabajo enfermero en una unidad de terapia intensiva: sentimientos de sufrimiento**³, se observa que cuando se enfrenta la muerte de una persona mayor o que aparentemente ya ha cumplido las etapas de su vida observamos este trance como un hecho natural, al contrario de cuando este hecho sucede en personas jóvenes.

Los enfermeros, a su vez, identificándose con los familiares del paciente, sienten impotencia al no poder ayudar con los medios disponibles, por limitaciones personales o ante supuestos irreversibles.

Los enfermeros utilizan como estrategia para afrontar el sufrimiento, el alejamiento del paciente cuando se encuentra en fase terminal buscando así no participar en los sentimientos de los familiares para evitarse un sufrimiento añadido.

■ En el artículo **Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos**¹³ el personal de UCI que atienden a niños observan niveles de ansiedad más elevados que en UCI de adultos.

Los elementos externos causantes de sentimientos de ansiedad más representativos y que más se repiten son temas relacionados directamente con la muerte, cementerios, ataúdes o cadáveres.

Se observa además, que los profesionales con menor grado de experiencia disponen de niveles de ansiedad superiores así como sucede que los profesionales no se sienten lo suficientemente formados en relación a la muerte.

■ En el artículo **Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud**¹⁴, la población estudiada en esta investigación se encuentra que la población en general muestra una mayor ansiedad ante la muerte que los profesionales del sector público o privado de salud.

Se entiende de este modo que la persona que mantiene un contacto estrecho con la muerte comienza un periodo en el cual pierde la sensibilidad respecto a este tema comenzando a vivir con ella sin temor alguno.

■ En el artículo **Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes**¹⁷, el 50% de las enfermeras posee una actitud negativa ante la muerte y el otro 50% restante una actitud positiva. Concluyendo que los factores que influyen, están dados por variables como la edad, años de experiencia, pregrado...

■ En el artículo **La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros**²¹, estudiando el comportamiento enfermero ante el hecho de enfrentarse a la muerte y el proceso propio de la muerte, se encuentran sentimientos como la impotencia, la angustia, el sufrimiento, la tristeza y el miedo, observándose también una preocupación y solidaridad constante del profesional con la familia del paciente.

Se observa a su vez que no es posible cuidar correctamente a alguien sin llegar a involucrarse, siendo este un tema que podría ser más debatido en la propia formación académica de enfermería haciendo hincapié en aspectos relacionados con la emoción.

De no ser así se enfrentará el tema de la muerte con fracaso, impotencia y frustración.

■ En el artículo **Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermeras cargo del paciente crónico hospitalizado**²² se estima que entre el 10 % y el 12% del personal de salud sanitario, incluido el de enfermería, tiene a lo largo de su vida laboral algún problema de salud siendo especialmente notable los cuadros de ansiedad y depresión. En tal estudio se reflejó que el 40,7 % de las enfermeras tenían ansiedad mientras que el 20,3 % presentaban depresión.

■ En el artículo **Cargas psíquicas y procesos de desgaste en trabajadores de enfermería de hospitales universitarios brasileños**²³ los trabajadores de enfermería desempeñan una labor que requiere de una atención constante y por ese motivo se observa como resaltan la ansiedad y la inseguridad durante la realización de algunas tareas, así como la somatización del sufrimiento psíquico desencadenado en el ejercicio de las mismas.

También se observó la ansiedad en los equipos de enfermería en situaciones de posibilidad de muerte producida durante el turno de trabajo, algo que caracteriza al mismo puesto de trabajo.

Este estudio posibilitó identificar las cargas psíquicas presentes en el trabajo de Enfermería. Todas las unidades hospitalarias indicaron sufrir algún tipo de carga psíquica y presentaron consecuentes desgastes originados por las mismas.

■ En el artículo **Placer y sufrimiento en trabajadores de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva**²⁴, se encontraron niveles considerados críticos en enfermeras relacionados con factores causantes de sufrimiento, como es por ejemplo el desgaste mental originado por lidiar con el sufrimiento y la muerte.

■ En el artículo **Occupational stress in intensive care nurses who provide direct care to critical patients**²⁵ los datos presentan que el 65,5 % de las enfermeras presentaban nivel de estrés medio, y de los que obtuvieron niveles de estrés más altos fueron ante la muerte en mayor porcentaje.

■ En el artículo **Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results**²⁶ el perfil de enfermera joven, trabajando a tiempo completo y sin un título de postgrado se relaciona con niveles más altos de ansiedad.

■ En el artículo **El final de la vida en la unidad de cuidados intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico**²⁷, el trato que se haya tenido con el paciente, las circunstancias de la enfermedad sufrida, los precedentes antes de entrar a un servicio como el de la UCI y finalmente la edad, son factores que pueden influir en los sentimientos de ansiedad relacionados con la muerte de ese paciente.

La empatía aumenta si se comparten circunstancias o vivencias de similares características o condiciones con el paciente, lo que hace que el enfermero se sensibilice más con la situación.

2. OBJETIVOS

Con el fin de saber lo que supone para la enfermería enfrentarse a la muerte cada día en determinadas unidades hospitalarias, queremos estudiar si existen niveles de ansiedad producidos o relacionados con la muerte de sus pacientes críticos.

Una vez conocida la existencia o no de niveles de ansiedad, compararemos si existen diferencias significativas entre el personal de enfermería de distintos servicios hospitalarios, ya que la ansiedad en enfermería puede originar trastornos somatoformes y/o psicopatológicos de mayor envergadura.

a) **Objetivo principal:**

Evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte en enfermeras de UCI y Oncología.

b) **Objetivos específicos:**

Comparar los niveles de ansiedad ante la muerte en profesionales que trabajan en UCI y en Oncología

3. HIPOTESIS

a) En relación con el objetivo general:

General: La práctica de enfermería en UCI y Oncología genera niveles elevados de ansiedad a causa de la muerte de sus pacientes, medidos a través de los cuestionarios de ansiedad STAI (State Trait Anxiety Inventory) y ansiedad ante la muerte DAI (Death Anxiety Inventory).

b) En relación con el objetivo específico.

Específico: Las enfermeras de UCI padecen un nivel de ansiedad mayor / menor que las enfermeras de Oncología.

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ansiedad y depresión constituyen los trastornos mentales más comunes en la población en general. El 15-20% de la población española padece un episodio de ansiedad cada año, y el 25-30% lo padece al menos una vez a lo largo de su vida. Como grupo, los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia mensual de 7,5% en adultos de todas las edades²⁸.

El personal de salud en general y en particular el de enfermería, está expuesto a factores de riesgo de origen psicosocial que influirán de forma negativa en la salud y en la calidad de vida de este colectivo, lo que afectará al ausentismo laboral, a la calidad de los trabajos realizados y a su vida familiar y social²².

Esto implica graves repercusiones ya que la ansiedad en enfermería puede originar trastornos de tipo somático o psicopatológico.

Por este motivo es necesario que se elaboren estudios como paso a la prevención y/o intervención de la ansiedad en profesionales sanitarios.

No conozco ningún estudio de estas características con profesionales sanitarios en la red de Osakidetza, así como sí en otros servicios públicos de salud citados anteriormente.

5. METODOLOGÍA

a) Ámbito de estudio

Hospital de Cruces y Hospital de Galdakao (Osakidetza)

b) Periodo de estudio

De Julio 2014 a Julio de 2015

c) Tipo de estudio

Diseño observacional de prevalencia.

d) Estrategia de Búsqueda bibliográfica. (Tabla I)

BÚSQUEDA ARTÍCULOS CIENTÍFICOS	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	TÉRMINOS BÚSQUEDA ARTÍCULOS CIENTÍFICOS
PUBMED DIALNET SCHOLAR GOOGLE SciELO CUIDEN MEDLINE BIBLIOTECA UPV	BIBLIOTECA UPV RED BIBLIOTECAS MUNICIPALES DE BILBAO	Ansiedad y muerte Ansiedad en enfermeras Enfermería y ansiedad Ansiedad ante la muerte Anxiety and nursing Care and nursing Nurses and anxiety Etc

e) Criterios de inclusión:

Profesionales de enfermería de UCI y Oncología con interés de participar en el estudio y que den su consentimiento informado.

f) Criterios de exclusión:

Profesionales de enfermería con menos de 6 meses de experiencia y que hayan sufrido una pérdida recientemente.

Profesionales que decidan no participar y con una cumplimentación de la encuesta menor del 60%.

g) Variable dependiente

Mide el resultado del estudio, en este caso la ansiedad.

h) Variables independientes

VARIABLES que puedan influir en el resultado, en nuestro caso el rasgo de personalidad ansiosa, del momento en el que se realiza la medición “estado” (STAI-E) y características sociodemográficas de los participantes.

i) Mediciones:

i.1) Características sociodemográficas y profesionales, a través de un cuestionario de elaboración propia creado a partir de varios estudios en el que se valorarán características sociodemográficas, profesionales y otras diversas características. (Anexo 1)

i.2) Prevalencia de ansiedad a través el cuestionario STAI desarrollada por Spielberger (State Trait Anxiety Inventory, versión española). Basado en la concepción teórica de que la ansiedad tiene dos facetas: la ansiedad estado (STAI-E) y la ansiedad rasgo (STAI-R). (Anexo 2)

i.3) Prevalencia de ansiedad ante la muerte a través del cuestionario DAI (Death Anxiety Inventory). La escala ha sido construida y validada originalmente al español a través J. Tomás Sábado, conocido por sus líneas de investigación, principalmente centradas en construcción y adaptación al español de instrumentos psicométricos de evaluación de las actitudes ante la muerte en profesionales sanitarios y en la optimización de cuidados de enfermería en personas que se encuentran al final de la vida. (Anexo 3)

El análisis factorial del DAI identifica cinco factores significativos ²⁹:

1. Generadores externos de ansiedad ante la muerte.
2. Significado y aceptación de la muerte.

3. Pensamiento sobre la muerte.
4. Vida después de la muerte.
5. Brevedad de la vida.

7. ASPECTOS ÉTICOS –LEGALES

Con la finalidad principal de respetar los principios éticos y jurídicos que todo estudio de investigación científica debe cumplir, tendremos en cuenta los aspectos éticos recogidos en la (Tabla II).

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES.
GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL RD 15/1999.
AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.
CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE LA BUENA PRÁCTICA CLÍNICA SEGÚN LA DECLARACIÓN DE HELSINKI.

Aspectos Ético-Legales para una Investigación Científica ³⁰.

8. MECANISMO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se llevará a cabo un muestreo aleatorio simple entre las enfermeras voluntarias.

Aplicando esta fórmula ³¹
$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$
 donde:

N= 88 enfermeras en los servicios de UCI y Oncología de Cruces y Galdakao.

Con lo cual, necesitaríamos 18 enfermeras por grupo, lo que hace un total de 72 encuestadas, que dividiremos en 2 grupos, para tener un nivel de confianza del 95%

y un 80% de potencia de la prueba

Una vez recibidos los permisos necesarios, se le enviará a la población diana “la hoja de información del participante (Anexo 4).

Previo a la distribución de los cuestionarios se obtendrá autorización de los hospitales y se realizará pilotaje para valorar la comprensión del mismo ³⁰.

Los profesionales que decidan participar, lo notificarán, y una vez firmada su autorización recibirán los cuestionarios del estudio para su cumplimentación y posterior reenvío.

Junto con el cuestionario se entregará hoja informativa/consentimiento indicando participación voluntaria, garantizando confidencialidad y anonimato, ajustándose el tratamiento de datos a lo dispuesto en Ley Orgánica 15/1999 ³⁰.

7.1 Análisis de datos

Los datos serán analizados mediante programa SPSS 16.1. Calculando índices descriptivos, análisis de varianzas, prueba T de Student y Chi cuadrado de Pearson, considerando significación estadística para $p < 0.05$.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Obtenemos sesgos de selección por no tratarse de un muestreo aleatorio sino voluntario y no estratificado.

Por otro lado sería un sesgo de información que los participantes podrían no tener toda la información para la realización del estudio.

9. PLAN DE TRABAJO (Tabla III). (Ver Anexo V)

	2013		2014				
	NOV	DIC	EN	FE.	MA.	AB.	MA
	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA (¿Qué se sabe del problema?)						
INTERPRETACIÓN Y SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA							
ANÁLISIS Y REDACCIÓN							
PLANTEAMIENTO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN							
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA (Investigación)							
ELABORACIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACION							
ENTREGA							

11. BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADOS DEL PROYECTO

En función de los resultados obtenidos podría plantearse el hecho de que la ansiedad aumenta el número de errores en el trabajo, y que el entendimiento y la preparación de la muerte puede beneficiar a una disciplina como la enfermería y ayudarla en su ejercicio laboral diario, reduciendo así sus niveles de ansiedad.

Sería beneficioso la implantación del aprendizaje de estrategias de afrontamiento emocional y cognitivo por parte de las enfermeras para reducir el impacto emocional y minimizar la posibilidad de errores en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castañedo Córdoba IM, Suárez Solana C, Vivar Molina C. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enferm Docente* 2010; 91: 16-18.
2. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm Glob.* (2009) 8(2).
3. Trevisan Martins J, do Carmo Cruz Robazzi ML. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. *Rev. Latino-Am. De Enfermagem (RLAE)*, (2009) 17(1), 52-58.
4. Pichardo García LM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med (Mex)*, (2010) 55(3), 161-166
5. Villasana Cunchillos A. Apuntes de Psiquiatría de 3ª de Grado de la Escuela de Enfermería de la UPV de Leioa. (2012).
6. Villarroel Baeza JC, Balaguer Fort G, Guillamón Cano N. G. *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos (2008).
7. Miguel Tobal JJ, Casado Morales MI. Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y estrés*, (1994) 1-13.
8. 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).
9. Megías Lizancos F, Serrano MD. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería (DAE S.L.) (2002).
10. Gutiérrez Calvo, M. "Estrés, ansiedad y eficiencia." Servicio de publicaciones, Universidad de la Laguna. 1ª edición (2000).
11. Hales, RE. Yudofsky, SC, Gabbard GO. *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Quinta edición. Madrid, España: Elsevier Masson. (2009).
12. Spielberger, CD, Gorsuch RL, Lushene R. Manual del cuestionario de ansiedad

estado/rasgo (STAI). *Madrid, España: TEA Ediciones.* (1982)

13. Pascual Fernández MC. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv.* (2011), 8 (50)

14. Olivera K P L, Arciniega, N V R, Nava P B. Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científico Electrónica de Psicología*, (2013) (8).

15. Tomás-Sábado J, Gómez Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev de Psicol. Gral. y Aplic.* (2003). 56(3), 257-279.

16. Carmona Berrios ZE. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, (2008). 2(2), 14-23.

17. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. *Cienc. y enferm.* (2009) 15(1), 39-48.

19. Lehto RH, Stein, KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*, (2009). 23(1), 23-41.

20. Kübler-Ross, E. *On death and dying.* Routledge, London 1989.

21. Souza e Souza LP, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves RC, Oliveira e Silva CS, Barbosa DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm Glob.* (2013). 12(32), 222-229.

22. Lerma Martínez VL, Rosales Arellano GV, Gallegos Alvarado M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado: Prevalence of anxiety and depression in nurse on charge of the hospitalized chronic patient. *Rev. CONAMED, suplemento de enfermería* 2009.

23. Aline Mininel V, Campos Baptista PC, Andres Felli, VE, Cargas psíquicas y procesos de desgaste en trabajadores de enfermería de hospitales universitarios brasileños. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, (2011) 19(2), 340-7.

24. Eri Shimizu H, Ticiani Couto D, Merchan Hamann E. Placer y sufrimiento en trabajadores de enfermería de una unidad de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (2011) 19(3).

25. Inoue KC, Versa G. L. G. D. S., Murassaki, A. C. Y., Melo, W. A. D., & Matsuda, L. M. Occupational stress in intensive care nurses who provide direct care to critical patients. *Revista brasileira de enfermagem*, (2013) 66(5), 722-729.
26. . Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran - Moisson R, Aoun S, Francis K, Drury V. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag* (2013).
27. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, Del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*, (2011) 22(1), 13-21.
28. Gonçalves Estella F, González Rodríguez VM, Vázquez Castro J. Guía de la buena practica clínica en depresión y ansiedad. Madrid: IM&C, S.A. 2003.
29. Fernández Pascual MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm intensiva*, (2011), 22(3), 96-103.
30. Rodríguez Veiga D. Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos. [Trabajo fin de grado] Universidad de La Coruña (2012).
31. Norman G R, Streiner D L. *Bioestadística*. Madrid: Mosby/Doyma Libros. (1996)

ANEXO 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad	Sexo
Estado civil: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a	
Número de hijos. ¿Conviven en su casa?	Convivencia en pareja: si/no
Nivel estudios: ATS, Diplomatura, Graduado/a	
CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES	
Labor: asistencial, gestión o ambas.	Tipo de contrato: fijo, eventual.
Horario laboral: mañanas, tardes, noches, festivos, turno partido, turno rotatorio, otros	
Unidad de trabajo (Uci / Oncología)	
Años en la profesión	Antigüedad en el servicio
Tiempo en el puesto actual	Realiza guardias: si/no.
Pacientes fallecidos bajo su cuidado	
Ha recibido cursos de formación relacionados con el tema (si o no)	Resultado de ayuda o no la asistencia a cursos (si o no)
Percepción de estar formado en el tema de afrontamiento de la muerte (si o no)	
Baja laboral en el último año: si/no (número de días).	

OTRAS CARACTERÍSTICAS

Pérdidas familiares recientes menos de 1 año (si o no)	Enfermedad crónica: si/no	Toma psicofármacos con asiduidad: si/no
---	---------------------------	--

El número de pacientes que atiende lo considera: insuficiente, adecuado, excesivo.

En su vida laboral se siente valorado por: sus pacientes (si/no), los familiares de sus pacientes (si/no), sus compañeros (si/no), sus superiores (si/no).

Valoración global de su experiencia profesional (de 1 “nada satisfactoria” a 10 “muy satisfactoria”)

Fuente:

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. NURE Investigación, (2011), 50

Rodríguez Veiga, D. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos. Universidad de La Coruña (2012), Trabajo fin de grado.

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANSIEDAD E ESTADO-RASGO				
STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI				
Nombre y apellidos _____ Edad _____				
PRIMERA PARTE		Algo	Bastan te	Much o
1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradable	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE		1	2	3
1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me preocupa lo que los otros piensen de mí	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18	Tomó las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

Fuente:

Moreno, D. C., & Copete, P. B.. Validez estructural y confiabilidad del inventario de ansiedad estado-rasgo (staic) para la valoración de la ansiedad en niños escolarizados entre los 8 y 15 años de la ciudad de Medellín, Colombia. *Suma psicológica*, (2005)12(1). (41)

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). *Madrid, España: TEA Ediciones*. (1982)

ANEXO 3.

Inventario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Inventory [DAI])

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

Fuente:

Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. Construction and Validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment* (2005), 21(2), 108.

ANEXO IV

MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN DE TIPO EXPERIMENTAL (ENSAYOS CLÍNICOS) QUE NO EVALUAN MEDICAMENTOS NI PRODUCTOS SANITARIOS.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

ANSIEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA MUERTE DE SUS PACIENTES. COMPARATIVA UCI Y ONCOLOGÍA.

INVESTIGADOR

Laura Alonso Salido. TER y Graduada en Enfermería Junio 2014.

Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa UPV.

Trabajadora eventual de Osakidetza.

Contacto: laura_urtzi@hotmail.com

Este documento tiene como objetivo ofrecerle información sobre un estudio de investigación de tipo observacional de prevalencia en el que se le invita a participar. Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el comité ético de investigación clínica de Euskadi.

Si decide participar, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento, y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Objetivo principal:

Evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte de los pacientes en enfermeras de UCI y Oncología.

Objetivos específicos:

Comparar los niveles de ansiedad ante la muerte en profesionales que trabajan en UCIs y Oncología.

¿En que consiste mi participación?

Si decide participar en este estudio usted tendrá que cumplimentar un total de 3 cuestionarios a través del correo electrónico institucional de Osakidetza o bien en papel si así lo desea.

Para que no pueda ser identificado, se le asignará un código alfanumérico que determinará el investigador principal.

Los cuestionarios son:

- Características sociodemográficas, profesionales e individuales para estudiar las diferentes variables que influyen en padecer ansiedad (si alguno de estos datos le parece demasiado personal, podrá dejar el espacio sin cumplimentar)
- Cuestionario. STAI (State Trait Anxiety Inventory, versión española)
- Cuestionario DAI (Death Anxiety Inventory, versión española)

Su participación tendrá una duración máxima de 30-40 minutos. Tendrá un periodo

aproximado de un mes para cumplimentarlos. Se le enviará un email con la siguiente información: carta de presentación del estudio y cuestionarios a cumplimentar.

El investigador puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Su participación no tiene ningún riesgo ya que se trata de un estudio observacional de prevalencia. La documentación obtenida será tratada siguiendo las normas éticas y legales vigentes, asegurando en todo momento su confidencialidad.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con el investigador principal, Laura Alonso Salido, mediante el email facilitado en este documento.

Muchas gracias por su colaboración.

Fuente:

Rodríguez Veiga, D. Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos. Universidad de La Coruña (2012), Trabajo fin de grado

ANEXO V

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO:

FASE PREPARATORIA:

En este periodo ha participado el investigador principal llevando a cabo las siguientes actividades:

1. **Segunda quincena de noviembre y primera quincena de diciembre**
búsqueda bibliográfica, selección de libros y artículos más relevantes
2. **Segunda quincena de diciembre y enero**, interpretación y síntesis de la bibliografía encontrada. Selección de 30 artículos para los antecedentes, que posteriormente tuve que volver a seleccionar por límite de citas bibliográficas. A continuación muestro el resto de artículos encontrados que me parecieron interesantes y que posteriormente he debido excluir del TFG por año de publicación o por creerlos “menos” interesantes en base lo estudiado.
 - La muerte, el duelo y el equipo de salud.
 - Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes.
 - Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras.
 - Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias.
 - Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
 - Situaciones difíciles para el profesional de atención primaria en el cuidado del enfermo terminal.
 - El trabajo a turnos. Una realidad en la vida y la salud de las enfermeras.

- Emergency and palliative care nurses levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey.
 - La práctica de enfermería en el cuidado intensivo.
 - Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos Desgaste profesional por empatía: una consecuencia también del cuidado de enfermería.
 - La ansiedad en el personal sanitario.
 - Desvelando el significado del proceso de duelo en enfermeras pediátricas que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer.
 - Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería.
 - Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos.
 - Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte.
3. Análisis y redacción y planteamiento del proyecto de investigación **Enero y primera quincena de Febrero**
 4. Búsqueda bibliográfica en lo referente al proyecto, tamaño muestral, variables, metodología... **Finales de Febrero y primera quincena de Marzo.**
 5. **Segunda quincena de Marzo** elaboración del proyecto de investigación
 6. **Abril**, realización y preparación de la presentación.
 7. **Mayo**, entrega del TFG escrito.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Junio: Una vez obtenidos los resultados de la universidad, a finales de Junio envío de la documentación para la obtención de los permisos necesarios para la realización del estudio.

Julio: recepción de los permisos correspondientes.

Una vez recibidos los permisos el investigador principal procederá a realizar las

siguientes acciones:

Agosto y primera Septiembre debido al periodo vacacional: carta de presentación del estudio

2ª quincena Septiembre: selección de la muestra y recogida de las autorizaciones de participación.

Octubre y Noviembre

Envío/ recepción de los cuestionarios.

Codificación de los datos personales.

Diciembre:

Para la interpretación y análisis contrataremos a expertos en la materia:

Licenciado en psicología para la evaluación de los resultados.

Experto en estadística para analizar los datos.

Enero y Febrero 2015:

Redacción final del documento de investigación.

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Con el objetivo fundamental de dar a conocer los resultados del estudio, el investigador principal llevará a cabo las siguientes acciones.

De Marzo a Julio: publicación en revistas nacionales e internacionales, participación en congresos. Contaremos con los servicios de un traductor para la divulgación.