

EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE LA SALUD. UN ESTUDIO EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Cristina Lázaro Pérez

Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento

C/ Poeta Jesús Pérez, nº 12, Espinardo Murcia, 30100

cristina.lazaro2@um.es

Resumen

La muerte sigue manifestándose en el S.XXI como el gran tabú en la mayoría de las sociedades, especialmente las industrializadas. Con el tiempo la muerte ha pasado de ser un acontecimiento natural a ser algo de lo que se huye, se esconde y de lo que se evita hablar. El lugar donde la muerte se manifiesta con más dureza es el medio hospitalario, donde a diario los profesionales se enfrentan a la misma. El hospital hace invisible a la muerte, la mantiene a distancia. Cabe preguntarse, ¿Están los profesionales preparados para enfrentarse diariamente a la muerte y al contexto en el que se da? Uno de los problemas que surge en los servicios donde se atienden a pacientes en estado muy crítico para su supervivencia, es el temor a la muerte, que se genera, fundamentalmente, debido a la falta de preparación de los profesionales en este ámbito. El contacto constante con el sufrimiento y la muerte, origina la aparición de factores que pueden influir en la práctica profesional y en la vida personal del equipo sanitario que atiende a los pacientes ingresados en los servicios correspondientes. Estos factores son el estrés laboral y la ansiedad ante la muerte. Servicios como la unidad de cuidados intensivos se enfrentan a ellos diariamente. En esta unidad de un hospital de Murcia se han evaluado estos factores entre los profesionales sanitarios.

Palabras clave

Muerte, hospital, burnout, ansiedad, estrés laboral.

Abstract

In the 21st Century death is manifested as the great taboo in most societies, especially industrialized ones. Over time, death has gone from being a natural event to something to avoid, to hide, to a subject that is not discussed. The place where death occurs most often is the hospital setting where professionals face it daily. Hospitals make death invisible, they keep death at a distance. The question arises, are professionals prepared to face death daily in the context in which it occurs? One problem that arises for patients who are in a very critical state and are being treated to survive, is their fear of death, which is generated fundamentally by the unpreparedness of the professionals in this field. The continual contact with suffering and death, as well as the personal lives of the healthcare team, causes factors to appear that can influence the professional practice of the healthcare team as it provides corresponding services to admitted patients. These factors are work-related stress and anxiety before death. Services such as intensive care unit face them daily. In the intensive care unit of a hospital in Murcia, it has been demonstrated that these factors exist among health care professionals.

Key words

Death, hospital, burnout, anxiety, work stress.

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a todos los profesionales que han participado de forma desinteresada en este estudio, puesto que sin su ayuda no hubiese sido posible llevarlo a cabo.

Introducción

Aunque en la mayoría de las ocasiones la muerte, es un proceso biopsicosocial, apenas puede apreciarse, ya que el declive de los actos vitales es muy gradual y escapa a la simple observación (Hernández-Cabrera, y otros, 2002).

Hoy en día, la muerte sigue viéndose como algo amenazador en tanto que, para muchas personas, significa la extinción o aniquilación de nuestra existencia como seres humanos vivos, así también es visto en los hospitales, donde el interés general es salvar vidas, hasta el punto de considerar la buena muerte como aquella que ocurre repentinamente y si es de forma inconsciente mejor (Gala-León, y otros, 2002) , ya que, la mayoría de los seres humanos creen que, si somos conscientes de que nos estamos muriendo el grado de sufrimiento sería tremendo.

Este miedo a la muerte no solo es propiedad del paciente o familiar, sino que, el profesional sanitario, como ser humano y con la experiencia de verla en su lugar de trabajo a diario, puede también ser víctima de ese temor en lugar de percibirla como algo natural y, en los casos oportunos, encaminar su quehacer terapéutico en ayudar a que la muerte sobrevenga de una manera menos traumática para el paciente y acompañantes. Para que esto ocurra, el personal sanitario debería estar desprovisto de ciertas emociones y actitudes como el miedo o ansiedad ante la muerte, y quizás limitar el llamado ensañamiento terapéutico en los casos que no sea realmente necesario, ya que crea un entorno poco propicio y natural para que se dé el proceso final de la vida, y crea estrés tanto en los propios profesionales como en el paciente (Pascual-Fernández, 2011) . Además, este tipo de estrés laboral o institucional del profesional de enfermería al que se encuentra sometido y que se genera debido a las tareas que realiza de afrontamiento y asistencia continuada al dolor y la muerte (Lees y Ellis, 1990; Bene y Foxall, 1991; Fitch, Bakker y Conlon, 1999; Tomás-Sábado y Fernández, 2002), la angustia e incertidumbre e la familia, puede generar un inquietante síndrome de burnout, es por esto que al personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos se les considera de alto riesgo (Quintanilla, 2004; Solano et al, 2002). Hay estudios en los que se han encontrado correlaciones positivas y significativas entre burnout y estrés ocupacional, y entre el primero y la ansiedad ante la muerte (Mallet et al, 1992; Limonero y Fernández-Castro, 2008). Siendo el burnout la causa y

desencadenante de factores como el cansancio emocional, insatisfacción laboral depresión lo que puede llevar a desarrollar conductas autodestructivas para minimizar los efectos del síndrome como el consumo de alcohol o drogas.

Objetivos

El objetivo de este estudio ha sido evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte del personal de enfermería y los factores que se relacionan con el estrés profesional fruto de la asistencia continua del dolor y la muerte entre el personal de enfermería de cuidados intensivos de un hospital de Murcia.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal y análisis multivariante en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

1. Descripción de la Muestra

Los participantes en la investigación fueron todos los profesionales de enfermería de la unidad de cuidado intensivos del mencionado hospital, incluyendo diplomados y auxiliares de enfermería, que trabajaban allí en la fecha de realización del estudio desde el enero a junio de 2015. Su participación fue voluntaria y el único criterio de inclusión para participar en el estudio era que tuvieran una antigüedad de más de tres meses en el servicio. El estudio no introduce modificación alguna en la práctica clínica, ni revela datos personales de los encuestados, aun así, se informó oportunamente al comité de investigación y ético-asistencial. No se solicitó consentimiento informado, en el encabezamiento de la encuesta se explicaba a los participantes los objetivos del estudio y el tratamiento posterior confidencial de los datos, considerándose que la respuesta voluntaria de la misma equivale al consentimiento.

FACTORES	PORCENTAJES		TOTAL
GENERO	Hombres: 34,8%	Mujeres: 65,2%	100%
ESTADO CIVIL	Casados: 60,9%	No casados: 39,1%	100%
CATEGORÍA PROFESIONAL	D.u.e ¹ : 60,9 %	Auxiliar Enf: 39,1 %	100%

¹ Due: Diplomado universitario en Enfermería.

RANGO EDAD	30-39 años: 21,7%	40-49 años: 26,1 %	Más de 50 años: 52,2%
EXPERIENCIA PROFESIONAL	Novel: 39,1 %	Experto: 60,9 %	100 %

Tabla 1. características de la muestra

2. Método de Recogida de Información.

Se utilizaron dos entrevistas autoadministradas, que se distribuyeron al personal durante su jornada laboral y que fueron recogidas con la colaboración del supervisor del servicio de UCI. La entrevista está dividida en 4 bloques:

A. Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales: diseñado ad hoc para este estudio. Con el fin de poder comparar los resultados con otros estudios, se incluyeron las variables más utilizadas en la literatura previa.

B. Pregunta cerrada sobre su percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte y relatos de libre extensión en los que los profesionales describían situaciones de estrés vividas en su puesto de trabajo en un tiempo reciente. Se les solicitaba que describieran con detalle cómo ocurrieron los hechos, quiénes participaron, qué sensaciones y actitudes tuvieron y qué recursos utilizaron en su afrontamiento.

C. Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte (DACs) de Moya-Faz (2010). Consta de 23 ítems con respuestas dicotómicas SI o No. Se agrupan en cinco grupos bien diferenciados: ansiedad muy deficiente, ansiedad insuficiente, ansiedad normal, ansiedad notable y ansiedad sobresaliente y se agrupa en seis factores: F1: Miedo a pensar en una operación, formado por los componentes: miedo a quedar muy mutilado tras la operación; miedo al mal éxito de ésta, miedo al dolor que se pueda sentir tanto durante como tras la operación, miedo ante la anestesia por no volver a despertar y por último el peso que tiene la experiencia personal; F2: Miedo a tener un ataque al corazón, formado por los componentes: miedo a tener un ataque al corazón; por la soledad del momento y poder llegar a morir; por darse de forma repentina y en último lugar por el dolor del instante; F3: Miedo ante el cáncer, formado por los componentes: miedo por el sufrimiento del tratamiento; miedo ante el cáncer; miedo por significar la muerte y, finalmente, preocupación por ser una carga para otros; F4: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir, formado por los componentes: miedo a lo desconocido; miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir; cambiar muchas cosas de la vida; la vida es corta y tener miedo a que la muerte llegue rápida F5: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir II, formado por los componentes: miedo al dolor y miedo a la angustia que se pueda sufrir durante dicho proceso; F6: Preocupación por el futuro, formado por los componentes: preocupación por el tiempo perdido y preocupación por el estado en que deje a su familia.

D. El Maslach Burnout Inventory (MBI), (1996), versión española. Es la escala más utilizada para evaluar el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. Consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones, donde 1 tiene el valor “nunca” y 5 “diariamente”, que describe la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Estos ítems se agrupan en tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 19 para Windows y se basó en la obtención de medias y desviaciones típicas y la comparación mediante la prueba t de Students para muestras independientes. El error típico alfa asumido para considerar estadísticamente significativo el valor de p fue de 0,05.

Resultados

Las encuestas se administraron al total de profesionales de enfermería de la unidad de intensivos del HGURS de Murcia, una población compuesta por 23 DUEs y 21 auxiliares, de los cuales respondieron 25 sujetos, siendo válidas 23 encuestas que al menos contenían totalmente cumplimentadas las dos escalas. De ellas, 16 contestaron a la pregunta ¿Tiene la percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte?, 2 indicaron sí, 13 que no y 1 parcialmente; y 13 relataron una situación percibida como estresante, tal como puede observarse en la Tabla 2.

¿Tiene la percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte?		Media años de profesión
SI	2	26,5
NO	13	22,75
Parcialmente	1	30

Tabla 2. Tasa de respuestas pregunta cerrada.

1. Resultados de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI)

Se ha realizado el análisis de la varianza en un modelo 2x2x3x2, de los siguientes factores y sus respectivas interacciones, obteniendo una R cuadrado de 0,795:

- Factor género: dos niveles (hombre, mujer)
- Factor Nivel de experiencia: dos niveles (experto, novel)
- Factor Rango de edad: tres niveles (> de 40 años; entre 40 y 49 años; < de 50 años)
- Factor estado civil: dos factores (casado, no casado).

En la escala total MBI se halla un valor global medio de 61,61 ($DT^2= 5,88$). En hombres se ha obtenido una puntuación media de 59,25 ($DT= 5,70$) mientras que en las mujeres ha sido significativamente superior presentando valores medios de 62,87 ($DT= 5,76$), en base a estos resultados podemos decir que en la Escala MBI, aunque ambos sexos presentan puntuaciones medias-altas, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar burnout que sus compañeros varones, al 95% de significatividad ($p<0,05$) (ver tabla 3).

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Género	1	7,411	0,026**
Nivel de Experiencia	1	1,931	0,202
Rango de Edad	2	1,312	0,322
Estado civil	1	0,596	0,462
Género/Nivel de Experiencia	0	-	-
Género/Rango de Edad	1	0,717	0,042
Género/Estado Civil	1	5,876	0,042**
Nivel de Experiencia/Rango de Edad	0	-	-
Nivel de Experiencia/Estado Civil	1	5,308	0,050**
Rango de Edad/Estado Civil	2	3,901	0,066*
Género/Nivel Experiencia/Rango Edad	0	-	-
Género/Nivel Experiencia/Estado Civil	0	-	-
Genero/Rango de edad/Estado civil	0	-	-
	0	-	-

² DT: Desviación Típica.

Nivel_Expe/Rango de edad/ Estado Civil	0	-	-
Genero/Nivel	0	-	-
Experiencia/Rango de Edad/ Estado Civil			

Tabla 3. ANOVA Variable dependiente: Total escala MBI. Elaboración SPSS

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La interacción entre los factores género y estado civil es significativa al 95% ($p < 0,05$), ya que, los casados tanto hombres ($M=61,00$; $DT= 6,59$) como mujeres ($M= 61,78$; $DT=4,63$) obtienen puntuaciones medias sin diferencias significativas; no así en los no casados³ donde sí aparecen diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$), ya que las mujeres no casadas ($M= 64,50$; $DT=4,48$) tienen mayor riesgo de padecer burnout que los hombres no casados ($M=56,33$; $DT=2,51$).

En cuanto a la interacción entre los factores nivel de experiencia y estado civil es significativa al 95% ($p < 0,05$), ya que, el novel casado ($M=60,80$; $DT=6,18$) presenta mayor puntuación en la escala que el no casado ($M=59,00$; $DT= 4,54$), mientras que esta situación se invierte cuando estamos hablando de profesionales expertos, donde los no casados ($M=64,00$; $DT=8,60$) van a presentar valores medios superiores a los casados ($M=61,89$; $DT= 4,88$) siendo todas estas diferencias significativas estadísticamente.

En la interacción entre los factores rango de edad y estado civil se ha encontrado diferencias significativas entre los diferentes niveles al 90% ($p < 0,05$), ya que, mientras los casados mantienen una línea ascendente en el valor de las puntuaciones medias de la escala conforme va aumentando la edad, de 30-39 años ($M=57,67$; $DT=6,42$), 40-49 años ($M=61,00$; $DT=4,54$) y más de 50 ($M=63,43$; $DT=4,68$), los no casados presentan inicialmente esta misma tendencia en los grupos de edad de 30-39 años ($M=60,50$; $DT=6,36$) y de 40-49 años ($M=68,00$; $DT=12,72$) pero no así en el grupo de más de 50 años que baja su puntuación de forma considerable ($M=59,80$; $DT=5,26$).

La subescala Agotamiento Emocional (AE) presenta un valor medio de 17,74; ($DT= 6,16$). En hombres se ha obtenido una puntuación media de 16,75 ($DT=6,29$) mientras que en las mujeres ha sido significativamente superior presentando valores medios de 19,80 ($DT=6,03$); en base a estos resultados podemos decir que en la Subescala AE, aunque ambos sexos presentan puntuaciones medias-altas, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar burnout que sus compañeros varones al 90% de significatividad ($p < 0,1$).

³ En el factor estado civil se ha incluido en el valor No casado a aquellas personas cuyo estado civil es diferente al casado como soltero, viudo, separado o divorciado.

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	4,835	0,059*
Nivel Experiencia	1	0,303	0,597
Rango Edad	2	1,253	0,336
Estado Civil	1	0,639	0,447
Género/ Nivel Experiencia	0	-	-
Género/ Rango Edad	1	2,988	0,122
Género/ Estado Civil	1	5,013	0,056*
Nivel Experiencia/ Rango Edad	0	-	-
Nivel Experiencia/ Estado Civil	1	0,834	0,388
Rango Edad/ Estado Civil	2	2,730	0,125
Género/ Nivel Experiencia/ Rango Edad	0	-	-
Género/ Estado Civil	0	-	-
Género/ Rango Edad/ Estado Civil	0	-	-
Nivel Experiencia/ Rango Edad/ Estado Civil	0	-	-
Género/ Nivel Experiencia/ Rango Edad/ Estado Civil	0	-	-

Tabla 4. ANOVA Variable dependiente: Agotamiento Emocional (AE). Elaboración SPSS. *p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

La interacción entre los factores género y estado civil en la subescala AE es significativa al 90% ($p<0,1$), ya que, los casados tanto hombres ($M= 18,80$; $DT=7,08$) como mujeres ($M=18,67$; $DT= 5,76$) obtienen puntuaciones medias sin diferencias significativas; no así en los no casados donde sí

aparecen diferencias significativas al 90% ($p < 0,1$), ya que las mujeres no casadas ($M=21,50$; $DT=6,56$) tienen mayor riesgo de tener burnout que los hombres no casados ($M=13,33$; $DT=3,21$), cuyo riesgo es bajo.

En las subescalas de Despersonalización (D) y Realización personal (RP) no se han encontrado diferencias significativas en los factores ni en las interacciones entre ellos. El total de cada una de estas subescalas ha puntuado un nivel alto en ambas, concretamente en RP ha obtenido un valor medio de 32,70 donde alto se considera por debajo de 33; en la subescala D, el resultado ha sido una media de 10,17, en valores superiores a 10 se considera un nivel alto.

2. Resultados de la escala clínica de ansiedad ante la muerte -Dacs

Se ha realizado el análisis de la varianza para un modelo $2 \times 2 \times 3$ de los siguientes factores y sus respectivas interacciones, obteniendo una R cuadrado de 0,466:

- Factor género: dos niveles (hombre, mujer)

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Estado Civil	1	1,014	0,327
Género	1	5,733	0,028**
M.B.I	1	1,925	0,182
Género* Estado Civil	1	3,099	0,095*
Estado Civil* MBI	0	-	-
Género* MBI	0	-	-
Estado Civil* Género* MBI	0	-	-

- Factor estado civil: dos factores (casado, no casado)
 - Factor nivel burnout: tres niveles (bajo, medio, alto).

Tabla 5. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global. Elaboración SPSS

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

Los resultados de la Puntuación Global (PG) de la Escala DACS, presenta un valor medio de 1,29 (DT=0,18). En los hombres se ha obtenido una puntuación media de 1,16 (DT=0,83) mientras que en las mujeres ha sido significativamente superior presentando valores medios de 1,37 (DT=0,18), en base a estos resultados podemos decir que en la Escala DACS, aunque ambos sexos presentan puntuaciones notables, es decir, más de lo normal, las mujeres presentan mayor nivel de ansiedad que sus compañeros varones, al 95% de significatividad ($p < 0,05$). Véase Tabla 8.6.

ANSIEDAD	HOMBRES	MUJERES
MEDIA	1,16	1,37
DESV. TÍPICA	0,83	0,18

Tabla.6.Variable género, escala de ansiedad.

En cuanto a la interacción entre los factores género y estado civil, esta es significativa al 90% ($p < 0,1$), ya que, entre los casados hombres ($M=1,14$; $DT=0,07$) y mujeres ($M=1,43$; $DT=0,17$) se obtienen puntuaciones medias con diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$); por lo tanto, las mujeres casadas presentan mayor nivel de ansiedad que sus compañeros varones; sin embargo es en el personal sanitario no casado donde no aparecen diferencias significativas, ya que las mujeres ($M=1,27$; $DT=0,17$) tienen prácticamente el mismo nivel de ansiedad que los hombres ($M=1,19$; $DT=0,10$). En el análisis de las subescalas se obtienen los siguientes resultados:

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Estado Civil	1	0,538	0,473
Género	1	0,538	0,473
MBI	1	0,15	0,903
Género/ Estado Civil	1	3,639	0,073*
Estado Civil/ MBI	0	-	-
Género/ MBI	0	-	-
Estado Civil/ Género/ MBI	0	-	-

Tabla 8.1.7. ANOVA Variable dependiente: F1. Elaboración SPSS

*p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

En la subescala F1 (Miedo a pensar en una operación), la interacción entre los factores género y estado civil es significativa al 90% ($p<0,1$), ya que, entre los casados hombres ($M=1,36$; $DT=0,24$) y mujeres ($M=1,66$; $DT=0,26$) se obtienen puntuaciones medias con diferencias significativas al 90% ($p<0,1$); por lo tanto, las mujeres casadas presentan mayor puntuación en la subescala F1 que sus compañeros varones; sin embargo en el personal sanitario no casado no hay diferencias significativas, ya que las mujeres ($M=1,36$; $DT=0,22$) tienen prácticamente el mismo nivel en la subescala F1 que los hombres ($M=1,50$; $DT=0,16$).

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Estado Civil	1	0,001	0,973
Género	1	5,970	0,025**
MBI	1	0,17	0,898
Estado Civil/ Género	1	1,213	-

Tabla 8. ANOVA Variable dependiente: F2. Elaboración SPSS

*p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

En la subescala F2 (Miedo a tener un ataque al corazón), la diferencia debida al factor género es significativa al 95% ($p<0,05$), ya que, las mujeres ($M=1,65$ y $DT=0,36$) obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres ($M=1,21$; $DT=0,28$).

En la subescala F3 (miedo ante un cáncer) no hay diferencias significativas ni en el factor ni en las interacciones.

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Género	1	8,349	0,010***
Estado Civil	1	3,206	0,090*
MBI	1	5,310	0,033***
Estado Civil/ Género	1	1,120	0,304

Estado Civil/ MBI	0	-	-
Género/ MBI	0	-	-
Estado Civil/ Género/ MBI	0	-	-

Tabla 9. ANOVA Variable dependiente: F4. Elaboración SPSS

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F4 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir), la diferencia debida al factor género es significativa al 95% ($p < 0,05$), ya que, las mujeres ($M=1,62$; $DT=0,31$) obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres ($M=1,25$; $DT=0,14$). En esta misma subescala hemos encontrado también diferencias significativas debidas al factor estado civil al 90% ($p < 0,10$), ya que las personas casadas ($M=1,55$; $DT=0,31$) obtienen puntuaciones medias superiores a las no casadas ($M=1,40$; $DT= 0,31$). Así mismo, se han hallado diferencias significativas debidas al factor Nivel de Burnout al 95% ($p < 0,05$), ya que, personas con nivel medio ($M=1,47$; $DT=0,30$) obtienen puntuaciones medias inferiores que los de nivel alto ($M=2$; $DT=0$). Aunque se ha reflejado este último dato, estadísticamente no podemos tenerlo en cuenta debido a que sólo hay un sujeto de nivel alto frente a los 22 de nivel medio y al menos se habría necesitado 5 individuos.

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Género	1	0,803	0,382
Estado Civil	1	0,116	0,738
MBI	1	1,361	0,259
Estado Civil/ Género	1	3,324	0,085*
Estado Civil/ MBI	0	-	-
Género/ MBI	0	-	-
Estado Civil/ Género/ MBI	0	-	-

Tabla 10. ANOVA Variable dependiente: F5. Elaboración SPSS

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F5 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir), la interacción entre los factores género y estado civil es significativa al 90% ($p < 0,1$), ya que, entre los casados hombres ($M=1,40$; $DT= 0,41$) y mujeres ($M= 1,88$ y $DT=0,22$) se obtienen puntuaciones medias con diferencias

significativas al 90% ($p < 0,1$); por lo tanto, las mujeres casadas presentan mayor puntuación en la subescala F5 que sus compañeros varones; sin embargo en el personal sanitario no casado no hay diferencias significativas, ya que las mujeres ($M=1,58$; $DT=0,49$) tienen prácticamente el mismo nivel en la subescala F5 que los hombres ($M=1,66$; $DT=0,57$).

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	F	SIGNIFICATIVIDAD
Estado Civil	1	2,001	0,174
Género	1	0,580	0,456
MBI	1	6,075	0,024**
Estado Civil/ Género	1	0,012	0,915
Estado Civil/ MBI	0	-	-
Género/ MBI	0	-	-
Estado Civil/ Género/ MBI	0	-	-

Tabla 11. ANOVA Variable dependiente: F6. Elaboración SPSS

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F6 (Preocupación por el futuro) se han hallado diferencias significativas debidas al Nivel de Burnout al 95% ($p < 0,05$), ya que, personas con nivel medio ($M=1,20$ y $DT=0,33$) obtienen puntuaciones medias inferiores que los de nivel alto ($M=2$; $DT=0$). Al igual que ocurría en la subescala F4, a nivel estadístico no se puede tener en cuenta este dato ya que solo hay un sujeto de nivel alto frente a los 22 de nivel medio.

Se ha realizado el estudio de correlación entre las variables de las Escalas MBI y DACS no hallándose significatividad entre ellas. Una de las posibles causas de este resultado es el poco número de sujetos a los que se ha podido administrar los cuestionarios.

	TOTAL MBI	TOTAL DACS
Correlación de Pearson	1	0,112
TOTAL ESCALA MBI	Sig. (bilateral)	0,610

	N	23	23
	Correlación de Pearson	0,112	1
TOTAL ESCALA DACS	Sig. (bilateral)	0,610	
	N	23	23

Tabla 12. correlación entre las escalas MBI y DACS.

3. Resultados de los relatos extensos

Al analizar los relatos extensos desde un punto de vista cualitativo, se vio que los profesionales hablaban de distintos aspectos que influían entre sí y se mezclaban en los testimonios, reduciendo o aumentando la percepción de estrés sin identificar de forma clara cuál era su causa principal. Para ejemplificar estos factores, incluyo fragmentos de los relatos descritos. Los factores que más destacan son la presteza, la atención a la familia y la frustración e impotencia, incluidos los sentimientos de identificación. Debido a que son pocos los relatos que compartieron, es difícil extrapolar la información obtenida de forma que sea representativa, pero sí veo interesante la sensación que, respecto a su trabajo tienen algunos de ellos.

La experiencia en servicio de los profesionales sanitarios cuyo relato fue analizado se muestra en la gráfica 3.1, donde se ve que el más numeroso (57%) es el grupo cuya experiencia en la unidad de cuidados intensivos es mayor de 9 años, aunque el total de la experiencia profesional es un 93% de los sujetos que escribieron el relato (Gráfica 3.2).



Gráfica 3.1. Experiencia en el servicio



Gráfica 3.2. Experiencia Profesional

3.1. Atención a familias, frustración e impotencia:

Refieren dificultad a la hora de enfocar el tema de la muerte con la familia y el paciente.

“Lo más difícil es la hora de comunicárselo a la familia” (Due).

“Dos situaciones, 1: situación de impotencia ante un paciente semiconsciente que percibe la sensación de muerte, ¿qué le dices?, ¿qué haces?, ¿qué es lo ideal? 2: ¿cómo actuar y qué decir/hacer con familiares ante un desenlace fatal, bien esperado o de forma inminente?” (Due).

“En general, cuando hay algún ingreso que requiere RCP y no hay éxito, tienes que afrontar el estado de ánimo de familiares y, además, el tiempo que empleas en todo este proceso es como perdido, a veces...” (Due).

3.2. Presteza y compañerismo:

Refieren buena actitud del equipo a la hora de afrontar las situaciones de emergencia.

“Una intervención urgente en que todos vamos a una por salvar la vida del paciente y aunque estresados y sin parar durante dos horas, donde se utilizan todos los aparatos y técnicas que pueden estar en esta UCI, respirador, intubación... a veces nos queda el mal sabor de que el paciente se nos va. Otras veces la alegría y el ánimo porque le hemos reestablecido. Esta última vez no pudo ser. ¡Qué desolación!, le llegó su hora. Gracias” (Auxiliar).

“Con los años de experiencia, las situaciones se vuelven estresantes por la presteza que hay que aportar durante situaciones de emergencia, pero no crean estrés por la atención del dolor y la muerte (al menos, en mi caso es así)” (Due).

“No hace mucho hubo que reanimar con todos los medios a nuestro alcance a una paciente de edad joven que falleció finalmente. La actitud de todo el personal en general fue positiva y receptiva, los compañeros hicimos piña intentando ayudar en la medida de nuestras posibilidades y cuando se produjo el óbito, atendimos lo más cercanamente y mejor posible a la familia, en una situación tan delicada para ellos y tan difícil para todos” (Auxiliar).

“Paciente joven que ingresa grave, intubada, en coma farmacológico, etc. Estuve dos horas sin parar de atenderle en el ingreso, se quedó algo más estable y me fui a casa. Al día siguiente encuentro la cama vacía, ha muerto esta tarde-noche. Se complicó, empezó a sangrar por pulmón y murió. La sensación es que “no le tocaba”, empezó con una gripe y ya se ha acelerado todo. Me sorprende lo fugaz y contradictoria que es la vida y la muerte” (Due).

“Mujer joven, con posibilidad de hacer una parada. Situación estresante, participamos todo el personal con actitud positiva ante la situación utilizando todos los recursos que teníamos”. (Auxiliar)

Otros factores:

Aunque no corresponde exactamente a lo solicitado en la entrevista, expresan su percepción personal de lo que les ocurre o ha ocurrido en su lugar de trabajo.

“En estas situaciones me pongo muy tensa, me afectan mucho, a veces me tengo que salir del box por no ponerme a llorar con la familia” (Auxiliar).

“Te formas solo. Los cursos (he dado alguno) no siempre están bien orientados. Creo que existe ensañamiento terapéutico algunas veces. Cada especialidad se preocupa o fija en lo suyo” (Due).

“Un paciente extranjero sin identificación fue encontrado solo de madrugada, inconsciente y fue trasladado a la UCI. Tras numerosas pruebas diagnósticas, no se conocía la causa de su desvanecimiento. Tras muchas horas en esa situación, generó una gran incertidumbre en la uci” (Auxiliar).

Sin asociación:

El hecho de que haya testimonios que refieran no recordar situaciones estresantes en relación a la muerte y al dolor tras 20 años de trabajo en el servicio de UCI o que sólo apenen las muertes de personas jóvenes podría interpretarse desde varios puntos de vista; por un lado, la evitación, consciente o inconsciente, de las situaciones dolorosas, negándose hasta el recuerdo de las mismas, o bien una descomunal adaptación al entorno que pueda insensibilizar o automatizar el trabajo sin permitirse sentir emociones.

“No recuerdo ninguna” (Due).

“No suelo estresarme, ni tengo miedo. Solo me da pena cuando son jóvenes los que mueren. Pero hace mucho que no se me ha presentado el caso” (Auxiliar).

Poco reconocimiento:

Este testimonio refiere la situación por volumen de trabajo y falta de reconocimiento.

“Cuando hay mucho trabajo y empiezan a pedirte cosas para el enfermo, pero todo al mismo tiempo y que no para la gente de quejarse por todo y de todo. Terminas para tomar un camino de oír a esas personas quejarse de todo y encima no reconocen tu trabajo. La cabeza me estalla. Me refiero a enfermeros y médicos” (Auxiliar).

Discusión

Como ya apuntaba Seravalli (1988), las enfermeras y los médicos se suelen sentir afectados por la muerte, debido bien a que profesionalmente se sientan impotentes para afrontarla o a que ellos mismos temen a la muerte. El autor mantiene que lograr un mejor y mayor entendimiento de lo que les ocurre a los que van a morir esa sensación de temor o ansiedad ante la muerte se podría mejorar (Patterson, 1997).

Los resultados obtenidos concuerdan con los trabajos de Shursterman y Seschrest (1973), Denton y Wisenbaker (1977) y Pascual-Fernández (2011), que encontraron que en los profesionales de enfermería la experiencia profesional y la ansiedad ante la muerte correlaciona negativamente. Notivol et al (1993), recogen de algunos profesionales que la sensación de impotencia disminuye con la experiencia, llegando en algunos casos, según apuntan, a ser causa de desequilibrio emocional y endurecimiento. En el análisis cualitativo de este estudio se apuntaba a que las interpretaciones al hecho de que hubiera un testimonio que afirmaba que después de veinte años de trabajo en UCI no recordara ninguna experiencia estresante, eran el endurecimiento o insensibilización y el desequilibrio emocional o la evitación de situaciones dolorosas.

En su tesis doctoral, el Dr. Pacheco (1987:32) apunta a que “en general, el personal sanitario, carece de la necesaria formación profesional y técnica para enfrentarse, de forma coherente, ante la situación de angustia que plantea el enfermo que agoniza”. El mismo autor encontró en su estudio que tanto los médicos, enfermeros como los estudiantes de medicina y enfermería estaban seguros de que, si tuvieran que tratar continuamente con enfermos terminales en un primer momento les causaría angustia, pero se acostumbrarían.

En este estudio se puede observar que un alto porcentaje (81,2%) de los que contestaron a la pregunta sobre la percepción de estar formado ante el afrontamiento de la muerte, no se sienten suficientemente formados con respecto a este tema. Hay autores que recogen esta misma idea [(Marín y otros, 1993), (Martino y otros, 2007), (Pascual-Fernández, 2011)]. La ansiedad ante la muerte de los profesionales sanitarios que puede provocar la falta de formación en relación al paciente y familiar y el hecho de que la muerte sea algo inevitable se ha manifestado como una de las causas de aparición de Burnout en profesionales sanitarios (Tomás-Sábado, y Guix-Llistuella, 2001) .

Uno de los testimonios recogidos aludía al hecho de que al entrevistado solo le daban pena cuando los que mueren son jóvenes. La edad de los pacientes siempre es un factor a tener en consideración a la hora de afrontar la muerte según apuntan Cumplido y Molina (2011).

En el estudio cuantitativo se ha encontrado que las mujeres casadas tienen más miedo a pensar en una operación que sus compañeros varones. Estos resultados podrían deberse a que, a pesar de los avances en la no discriminación de género, en la actualidad, el peso de las tareas del hogar aún recae en su mayor parte en las mujeres y el grado de responsabilidad en este aspecto podría justificar este dato, por el miedo a que les pase algo y que su familia quede desamparada o no puedan valerse sin ella. Datos similares se han encontrado en un estudio sobre ansiedad y cirugía (Barrilero et al, 2016) donde las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres y cuyos factores desencadenantes son la preocupación por la familia o personas a las que atiende habitualmente.

Las puntuaciones obtenidas en el M.B.I administrado por Cumplido y Molina (2011) no muestran un elevado grado de burnout. Sin embargo, las puntuaciones encontradas en este estudio arrojan valores medio-altos. También se ha encontrado que las mujeres tanto a nivel global como en la subescala AE tienen más riesgo de padecer burnout que los hombres, dato que concuerda con los de otros autores

[(Etzion y Pines, 1986), (Morales, Gallego y Rotger, 2004) , (Atance, 1997)] y en cuanto al estado civil las mujeres no casadas superan a los hombres no casados.

En relación a la experiencia, se ha hallado que el novel casado presenta mayor puntuación en la escala que el no casado, mientras que es al revés en profesionales expertos, donde los no casados presentan valores medios superiores a los casados, en este sentido Atance (1997) asume que a menor experiencia mayor riesgo de desarrollar burnout.

En cuanto a la edad, los casados muestran un ascenso importante del riesgo de padecer burnout con la edad, aunque para los no casados comienza a descender a partir de los 50 años de forma considerable por debajo incluso de los niveles de los 30 años, sin embargo, Garnier et al (2001) puntualizan que quienes presentan puntuaciones más altas en el síndrome de burnout son los sujetos más jóvenes.

Un dato a destacar es la aparición de los factores que pueden estar influyendo en la aparición del burnout que se desprende de las narraciones como son la sobrecarga de tareas, el clima laboral o la impotencia ante la no consecución del restablecimiento de las funciones vitales compatibles con la vida como también indican otros autores como Cumplido y Molina (2011) o Chacón y Grau (2004). Todos estos datos muestran que son muchos los factores que pueden influir en la práctica profesional en situaciones próximas a la muerte y que la ansiedad ante la muerte puede verse condicionada por causas diversas que no hemos podido detectar posiblemente por el número tan bajo de respuestas obtenidas.

Conclusiones

Una de las evidencias que nos ofrece el estudio es la necesidad de formación en el manejo de la muerte para los profesionales sanitarios, con el objetivo de poder afrontar de una forma más competente su práctica profesional. Esto ayudaría no sólo a mejorar sus actuaciones profesionales o en lo referente a sus seres queridos, sino también a asumir de una forma más integrativa su propia muerte; si bien es cierto que hay estudios que afirman que la formación en acompañamiento en el proceso de morir no contribuyen a disminuir el nivel de ansiedad ante la muerte, en auxiliares de enfermería, sí lo hace en los enfermeros, siendo beneficioso para su práctica profesional, acrecentando la sensibilidad ante la muerte y proporcionando conocimientos sobre lo que les preocupa a los pacientes y además intensifica la respuesta empática (Tomás-Sábado, J y Guix-Llistuella, E, 2001).

El afrontamiento de la muerte es muy complejo y requeriría, a mi juicio, una evaluación mucho más profunda, reforzando la recogida de datos de forma estandarizada con entrevistas en profundidad y otras pruebas personales. Por supuesto haría falta una muestra mayor de la obtenida, ya que los relatos obtenidos en este estudio muestran, sobre todo, la diferencia a la hora de afrontar un hecho concreto que se les solicitaba.

A pesar de que las mujeres presentan mayor grado de ansiedad ante la muerte y de burnout que los hombres, sería necesario, ya que además ellos mismos así lo manifiestan, crear protocolos de prevención y formación, así como dotar de herramientas a todos los profesionales que están en contacto constante con la muerte y el dolor como es el caso de las unidades de cuidados intensivos. Dado que en el trascurso de la formación universitaria se tiene contacto con los pacientes y adquieren conocimientos más profundos acerca de la enfermedad y la muerte desde un punto de vista biomédico, sería conveniente aumentar la docencia en aspectos psicológicos relacionados con la competencia relacional, el acompañamiento, la comunicación de malas noticias, el duelo, burnout y otras, impartidas por profesionales con la titulación, formación y experiencia adecuada y pertinente para que los alumnos adquieran las competencias básicas de esa materia y puedan tener las herramientas que le permitan, en su práctica profesional, desarrollar de una manera más adecuada y menos estresante su trabajo (Bleidorm et al, 2012), (Schillerstrom, et al, 2012). Por último, como apuntan Roy (1979) y Pacheco (1987), sería necesario “desprofesionalizar” la muerte y tratarla de una manera más natural, ayudando a que ese momento final de la vida del paciente, sea tan digno como el resto de la vida que han podido llevar, de ese modo, el profesional podría desarrollar su profesión con menos ansiedad pues la única preocupación no será salvar vidas.

Referencias bibliográficas

- Atance, M. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Barrilero, A., Casero, J. A., Cebrián, F., Córdoba, C., García, F., Gregorio, E., Tébar, F. (14 de 04 de 2016). *Ansiedad y Cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*. Obtenido de <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista>
- Bene, B., & Foxall, M. J. (1991). Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. . *Hospice Journal*, 7, 2541
- Bleidorm, Pahlow, Klindtworth, & Schneider. (2012). End-of-life care: experiences and expectations of bereaved relatives. *Dtsch Med Wochenschr*, 137 (25-26)1343-8.
- Chacón y Grau. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14:67-78
- Cumplido y Molina. (2011). *Medicina Paliativa*, 18(4), 141-148.
- Denton y Wisenbaker. (1977). Death experiences and death anxiety among nurses and nursing students. *Nurs Res*, 26: 61-64.
- Etzion y Pines. (1986). A sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.
- Fitch, M. I., Bakker, D., & Conlon, M. (1999). Important issues in clinical practice: Perspectives of oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 9, 151-164

- Gala-León, F., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillen Gestoso, C., González Infante, J., Villaverde Gutiérrez, M., & al, e. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*.
- Garnier, López, Mira, Tirado, y Rodríguez. (2001). *Burnout en médicos de urgencias. La búsqueda del mes*. Obtenido de <http://www.copsa.es>
- Hernández-Cabrera, G., González, V., Fernández, L., Infante, O., Grau, R., & al, e. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 18(1): 22-32.
- Lees, S., & Ellis, N. (1990). The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 946-961.
- Limonero, & Fernández-Castro. (2008). Del estrés al "burnout". Un modelo etiológico del síndrome de quemarse en el trabajo. En M. L. M. GonzálezBarón, *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (págs. 19-33). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., & Slenker, S. (1992). Relationship among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347-135.
- Marín, B., Los Arcos, Y., Arriazu, A., M. R., & Aragón, M. (1993). La muerte en UCI. ¿Cómo reaccionan los profesionales de enfermería? *Enferm Científ*, 140: 26-31.
- Martino Alba, R., Casado Flores, J., & Ruiz Díaz, M. (2007). Actitudes y necesidades de los intensivistas pediátricos ante la muerte de sus pacientes. *An Pediatr*, 66(4): 351-6.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual (3ª Ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press
- Morales, Gallego y Rotger. (2004). *La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en servicios sociales*. Obtenido de Interpsiquis. www.psiquiatria.com.
- Moya-Faz y otros. (2010). Escala Cínica de Ansiedad ante la Muerte – DACS de Moya-Faz. *eduPsykhé*, 9(2), 147-158.
- Notivol Tejero, M., Santos Laraña, M., Gabari Gambarte, M., & Pollan Rufo, M. (1993). Ayudar a morir en UCI: percepción de las necesidades de los profesionales. *Enferm Clin*, 3(2):43-47.
- Pacheco, R. (1987). *Estudio de actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ayudantes técnicos sanitarios con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia (Tesis Doctoral inédita)*. Universidad de Murcia. Murcia.
- Pascual-Fernández, M. (2011). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv. (Revista en Internet)*, 8(50):(aprox. 11 pant). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_tesinaansiedad.pdf
- Patterson, E. M. (1997). *The Experience of Dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Quintanilla (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de paciente crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Rev Chil Med Intensiva.*, 19:33-7.

Roy, D. (1979). Comment mourir avec dignité?. Desprofessionnaliser la Mort. *Critère*, 26:103-122

Seravalli, E. (1988). The dying patient, the physician and the fear of death. *New England Journal of Medicine*, 1728-1730

Schillerstrom, Sánchez-Reilly, & O'Donnell. (2012). Improvins student confort with death and dying discussions through facilitated family encounters. *Acad Psychiatry*, 1;36(3):188-90

Shursterman y Sechrest. (1973). Attitudes of registered nurses toward death in a general hospital. *Int J Psychiatry Med*, 4: 411-426.

Solano et al. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva.*, 13:9-16.

Tomás-Sábado, y Guix-Llistuella. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin.*, 11:104-109.

Tomás-Sábado, J y 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.