

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2016/17

La actitud de los profesionales del
servicio de urgencias del Hospital de
León (CAULE) ante la muerte

*The professional of the service of emergency
area of Hospital of León's attitude toward death
(CAULE)*

Realizado por: Marta Quiñones Pérez
Dirigido por: Ana Isabel López Alonso

En León, a 4 de septiembre de 2017

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

Índice

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2. OBJETIVOS | 14 |
| 3. HIPÓTESIS | 15 |
| 4. METODOLOGÍA | 15 |
| 4.1 Tipo de estudio | 15 |
| 4.2 Descripción de la muestra | 15 |
| 4.3 Variables del estudio | 17 |
| 4.4 Instrumentos | 18 |
| 4.5 Estrategia de búsqueda bibliográfica | 20 |
| 4.6 Recogida de datos | 21 |
| 4.7 Cronograma | 22 |
| 4.8 Tratamiento estadístico de los datos | 23 |
| 4.9 Consideraciones éticas | 23 |
| 5. RESULTADOS | 23 |
| 5.1 Resultados descriptivos sobre las variables sociodemográficas y el perfil de los profesionales | 24 |
| 5.2 Descriptivos sobre el grado de miedo/ansiedad ante la muerte, inteligencia emocional y resiliencia percibidos por los profesionales del estudio | 32 |
| 5.3 Asociación de variables | 40 |
| 6. DISCUSIÓN | 43 |
| Características de la muestra en base a las variables socio demográficas | 43 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 51 |
| ANEXO I | 60 |
| ANEXO II | 75 |

RESUMEN

Introducción: La muerte, el dolor y el sufrimiento vivido tanto por parte del paciente como de las personas cercanas, está asiduamente presente en los servicios de urgencias provocando a todos los profesionales (médicos, enfermeras, TCAEs o celadores) sentimientos y emociones muy diversas. A ellos se deben enfrentar diariamente dichos trabajadores pudiendo aparecer desde la aceptación a la ansiedad y miedo, e incluso la depresión. Todas estas emociones están relacionadas directamente con variables como el miedo a la muerte, la inteligencia emocional y la resiliencia de los profesionales. Tanto observar y reconocer estas variables, como manejar y controlar de los sentimientos que provocan estas situaciones adversas puede ayudar a mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes terminales.

Objetivo: Conocer el grado de ansiedad y miedo a la muerte de los profesionales del servicio de urgencias y si existe relación con el nivel académico, la espiritualidad, la inteligencia emocional y resiliencia.

Metodología: Estudio descriptivo comparativo y correlacional donde participaron 103 profesionales del servicio de urgencias del Hospital de León. Se utilizó un cuestionario donde estaban integrados además de los datos sociodemográficos, tres instrumentos: Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL), Escala de Inteligencia Emocional (TMMS) y Cuestionario de Resiliencia (R-14).

Resultados: Los profesionales expresan tener niveles medios-bajos de miedo ante la muerte, niveles adecuados de inteligencia emocional y medios-altos de resiliencia. Se presenta una correlación inversa aunque débil entre el miedo y dos áreas de la inteligencia emocional (atención y comprensión) y directa con el área de recuperación. En relación a la resiliencia, también se obtiene una relación inversa y débil. La asociación del miedo a la muerte con la espiritualidad ha sido inversa y la correlación con el grado de formación académica no ha tenido resultados significativos.

Conclusión: A pesar de que la muestra manifiesta que disminuye el miedo a la muerte con mayor nivel de comprensión y atención de los sentimientos, mayor nivel de resiliencia y espiritualidad, la correlación no fue significativa.

Palabras clave: miedo a la muerte, profesionales del servicio de urgencias, inteligencia emocional y resiliencia

ABSTRACT

Introduction: Death, pain and the suffering of both patients and people close to them are regularly present in the emergency health services provoking in all the professionals involved (doctors, nurses, TCAEs or porters) very diverse feelings and emotions. These must be faced daily by said professionals, something which may cause acceptance, anxiety and fear, or even depression. All these emotions are directly associated with variables such as the healthcare professionals' fear of death, emotional intelligence and resilience. Observing and identifying these variables as well as handling and controlling the feelings caused by these adverse situations may help to improve the quality of care provide to terminal patients.

Purpose: To know the grade of anxiety and fear of death of the emergency health services personnel and determine whether there is a correlation with their academic level, spirituality, emotional intelligence and resilience.

Methodology: Descriptive, comparative and correlational study with 103 participants from the emergency healthcare services of the Hospital of León. In addition to sociodemographic data, the survey employed incorporated three tools: Collett-Lester Fear of Death Scale (CLFODS), Emotional Intelligence Scale (TMMS) and Resilience Survey (R-14).

Results: Healthcare professionals appear to have low to mid-levels of fear of death, adequate levels of emotional intelligence and mid to high-levels of resilience. There is a reverse although weak correlation between fear and two areas of emotional intelligence (focus and understanding) (attention and comprehension) and a direct correlation with the area of recovery. Regarding resilience, there is also a reverse and weak correlation. Association of fear of death with spirituality has been inverse whereas with the level of academic background the findings are not significant.

Conclusion: Although the sample shows that fear of death decreases with a higher level of comprehension and attention to feelings, plus a higher level of resilience and spirituality, the correlation is not significant.

Key words: fear of death, emergency health services professionals, emotional intelligence and resilience.

1. INTRODUCCIÓN

La muerte es un proceso natural e inevitable en el ser humano. Sin embargo, a pesar de que todos los individuos conocemos que existe un fin de la vida, la aceptación de este hecho resulta difícil y genera una constante preocupación, miedo y ansiedad tanto frente a nuestra propia desaparición como frente a la desaparición de los seres cercanos (Espinoza y Sanhueza, 2012).

En la sociedad actual la puerta de entrada a todo paciente crítico, terminal o en proceso de morir, son los servicios de urgencias. El hecho de que los profesionales que trabajan en este servicio se encuentren en contacto diariamente con la muerte y con sus consecuencias, hace que frecuentemente experimenten miedos, ansiedad e incluso depresión, sentimientos que pueden repercutir negativamente no solo en su calidad de vida, sino también en el desarrollo de su profesión (Gómez-Martínez, Ballester-Arnal, Gil-Julia, y Abizanda-Campos, 2015)

Por otra parte, hay evidencias de que estos profesionales de los servicios de urgencias, responden de muy diversas formas ante situaciones similares y, por lo tanto, ofrecen distintas respuestas ante ellas (Martínez Delgado, 2012).

Este trabajo pretende, en una primera aproximación, conocer el grado de ansiedad o miedo que, ante la muerte, autoperciben los profesionales del servicio de urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León (a partir de ahora Hospital de León o CAULE). Igualmente, pretende descubrir si el hecho de sentir miedo ante la muerte guarda relación con variables como la inteligencia emocional (o habilidad para gestionar los sentimientos y las emociones), y la resiliencia (o capacidad de adaptarse y recuperarse ante situaciones estresantes), así como con otras variables sociodemográficas como las creencias o la formación académica.

En este sentido, existe un gran consenso entre investigadores, docentes, e incluso de los propios profesionales, acerca de que un adecuado manejo emocional repercutirá directamente en la calidad de vida a nivel personal y en la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes y familias que viven esta situación de duelo (Díaz Suárez, 2012; Goldhagen, Kingsolver, Stinnett, y Rosdah, 2015; Howe, Smajdor, y Stöckl, 2012). Por lo tanto, se podría plantear una implementación de recursos, bien a nivel académico o de intervención psicológica, que apoyen en estas situaciones a los profesionales del servicio de urgencias.

1.1 Evolución histórica de la muerte (la muerte siempre presente)

La muerte es un proceso que provoca en el ser humano una continua reflexión y deliberación desde un punto de vista antropológico, religioso, filosófico y científico (Colell Brunet, 2005).

De hecho, la preocupación humana por la muerte data de épocas remotas. Así, ya en las culturas prehistóricas, se enterraban ornamentos, utensilios y herramientas junto a los muertos con la creencia de que tendrían alguna necesidad durante la transición de su alma; la creencia en una vida más allá, se mantiene en el tiempo y así lo demuestran otras culturas como la maya y los antiguos egipcios, que continuaron con este tipo de prácticas y ofrendas (vasijas y joyas) que acompañaban al muerto en su sepelio (Puerto, 1990).

Estas diferentes concepciones sobre la muerte son recogidas por las distintas religiones, formas de espiritualidad, tradiciones, manifestaciones culturales o actividades individuales. Por ejemplo, el hinduismo se asienta sobre la certeza de la reencarnación y esta idea es absolutamente ajena al judaísmo, al cristianismo y al islam, que se asienta en que el destino del ser humano se decide sobre la tierra; y al mismo tiempo, junto a esa diversidad predominante, comparten enfoques y comportamientos sorprendentemente próximos (Goldberg, 1998; Stoddart, 2002).

La sociedad occidental, aun teniendo muy presente que somos seres mortales, conociendo desde primeras etapas del proceso educativo que nuestra naturaleza tiene condición de nacer y morir, trata de evitar hablar del final de la vida, provocando miedos y un afrontamiento difícil de esta situación (Bobes García et al., 1991; Cabral-Gallo, Delgadillo-Hernández, Jiménez-Alzaga, Delgado-Hernández, y Sánchez-Zubieta, 2014; Maza Cabrera, Zavala Gutiérrez, y Escobar, 2009). Esta negación, basada en una concepción dualista vida-muerte, provoca una indisposición a morir, ya que, según ella, el bien representa la vida, que se opone diametralmente al mal, sinónimo de muerte. No obstante, junto a esta tendencia generalizada conviven otras percepciones o actitudes, menos rígidas y temibles, incluso con raíces remotas, como pueden ser las de Sócrates, (según su discípulo Platón) (Goldberg, 1998) o, más cercanas en el tiempo, las de Elizabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 2011), que plantean la muerte y el morir en términos menos dramáticos.

Ya en 1974, Edgar Morín en su libro de “El hombre y la muerte”, afirmó que el hombre desde que existe ha variado poco sus actitudes ante la muerte de forma cuantitativa y que, por el contrario, a nivel cualitativo, sí se evidencian modificaciones que fluctúan

entre incremento o disminución del grado de ansiedad y temor, según enfermedades o creencias (Bobes García et al., 1991). Es decir, la población actual continúa reflexionando y expresando diferencias sobre cómo abordar los últimos momentos de la vida.

Colell Brunet (2005), en su tesis doctoral, cuando contextualiza la muerte y forma de morir de hoy en día, la considera como una “muerte institucionalizada”, ya que la mayoría de las defunciones se producen en hospitales e instituciones públicas o privadas. Describe cómo en España, en las últimas décadas, la familia y su estructura han experimentado cambios socioculturales y económicos notables, y cómo en épocas anteriores la muerte se vivía en casa, en compañía de la familia y los seres queridos, incluso los niños percibían y vivían la despedida de sus familiares teniendo un mayor contacto con la muerte. También nos refiere cómo la asistencia sanitaria era menos tecnológica y especializada, acortando el tiempo de agonía. Sin embargo, dice que actualmente un alto número de personas mueren fuera del hogar y muchos de ellos sin familiares cerca de ellos, produciéndose en el muriente un sentimiento de abandono. Colell atribuye estos cambios a diferentes causas, entre las que destaca la disminución de la natalidad –con el consiguiente incremento de la población anciana– y la incorporación de la mujer al mundo laboral. Así pues, las nuevas circunstancias conducen a una especialización del personal sanitario en esta materia.

Es en esta especialización donde el personal sanitario reclama más formación no tanto a nivel académico, como y sobre todo, a nivel de habilidades para gestionar el miedo que aún genera la muerte, no solo en los propios enfermos y familiares, sino en el personal sanitario, y en especial el de enfermería, por su implicación emocional en el mismo (López-Alonso, López-Aguado, Fernández-Martínez, Liébana-Presa, y Gutiérrez-Provecho, 2016).

Tenemos que tener en cuenta que las emociones y sentimientos que se manifiestan ante el fenómeno de la muerte y los procesos que llevan a ella, son de gran importancia tanto para el individuo como para su familia. Estos sentimientos y emociones también se comparten en el ámbito sanitario y pueden llegar a afectar a los profesionales que han actuado en el momento del deceso; y es que, si bien el dolor de la familia o personas cercanas no se puede equiparar al dolor sentido por los profesionales, esto no implica que haya una insensibilidad por parte de ellos. De hecho, los estudios consultados (Cárdaba García, 2013; Colell Brunet, 2005; García-Solís, Graujo-Nava, García-Ferer, y García-Hernández, 2013; Villagrán-García et al., 2015), describen que los equipos multidisciplinares que actúan en dicho proceso

tienen una tarea compleja intentando llevar a cabo una atención integral, ética y humana. Incluso estos profesionales pueden considerarse miembros de “la familia” por su vínculo en el cuidado de la persona que está muriendo (Näppä, Lundgren, y Axelsson, 2016). Esta relación es así de intensa debido a que el equipo multidisciplinar trabaja constantemente con un binomio familia-paciente y no solo con el paciente (Asencio Huertas, Allende Pérez, y Verastegui Avilés, 2014). En este sentido, diferentes estudios (Gómez-Martínez et al., 2015; Kumar, 2016; Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013) manifiestan que el contacto continuado e intenso que mantienen los profesionales de la salud, puede generar miedos, ansiedad e incluso depresión.

1.2 La ansiedad y el miedo como situaciones negativas

El dolor y el sufrimiento están presentes en el ambiente sanitario, especialmente en servicios con pacientes graves. Este hecho justifica una importante carga emocional en cada uno de los profesionales que realiza sus cuidados, pudiendo influir en la calidad de vida personal y en el desempeño de su trabajo (Busquet Durán y Pujol Sabanes, 2001; Cabral-Gallo et al., 2014; Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013).

Dos de las emociones negativas, más habituales, descritas por los profesionales de la salud, en estos contextos, son la ansiedad y el miedo.

Si bien toda persona a lo largo de su vida puede manifestar cierta ansiedad y miedo cuando piensa en el fin de su existencia como persona, en este caso nos referimos a estas emociones experimentadas a nivel profesional y derivadas del contacto frecuente con las personas murientes.

A nivel general, la ansiedad ha sido definida de diversas formas; por ejemplo, como una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana, pudiendo abarcar desde una respuesta normal frente a una amenaza externa, hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado que altera diversos aspectos de la vida diaria (Patilla Vila, 2011). Pero cuando expertos como Templer hablan de la ansiedad ante la muerte, más bien se refieren a ella como “una reacción emocional producida por la percepción de las señales de peligro o amenazas, reales o imaginarias, a la propia existencia, que puede desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la muerte propia o ajena”. Otro autor, Heidegger, describe la ansiedad como el miedo a la aniquilación o el miedo a la nada que causa temor (citado por Asencio Huertas et al., 2014).

Por otro lado, el miedo en la población se considera una emoción primitiva, preponderante e intensa. Ha sido de interés desde Platón o Aristóteles, pero su léxico es considerado impreciso y con escasez de definiciones (Domínguez, 2003; Moscone, 2012). Joseph Conrad escribió en 1896, que el miedo siempre permanece y que “un hombre puede destruir todo lo que tiene dentro de sí mismo, el amor y el odio y las creencias, e incluso la duda; pero mientras se apega a la vida no puede destruir el miedo” (citado por Domínguez, 2003). Actualmente es un término que, junto con la ansiedad, se tienden a emplear indistintamente; y Vicente Domínguez define el miedo como “una emoción más o menos pasajera que aparece cuando se presiente o supone un peligro real o aparente y concreto o inconcreto (vago, impreciso), que se puede sentir individual o colectivamente” (Colell Brunet, 2005; Domínguez, 2003).

Pero el miedo a la muerte es una variable multimodal y diversos autores, cuando tratan de medirla, se refieren a ella dentro de dos contextos: uno, el miedo a la muerte de uno mismo y otro, el miedo a la muerte de otros (Lester y Abdel-Khalek, 2003). También hay que recordar que existen otros muchos factores que influyen en la ansiedad percibida ante la muerte, como la edad, el sexo, la cultura, la religión, la salud física y la salud mental, entre otras (Dadfar, Lester, y Bahrami, 2016). Limonero, en 1994, trata de diferenciar entre miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte. De este modo, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría referirse al miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor (citado por Colell Brunet, 2005).

Al mismo tiempo, la literatura describe que otras emociones negativas como la depresión, la alteración del estado de ánimo o el *burnout* están presentes en un número importante de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería), apareciendo en un porcentaje mayor, en aquellos que desempeñan su trabajo en unidades “especiales” como por ejemplo unidades de cuidados intensivos, urgencias, unidades de coronarias o servicios oncológicos, por ser ambientes donde la mortalidad y la morbilidad son elevadas produciendo diariamente disyuntivas éticas, conflictos sobre la propia existencia y, como consecuencia, una repercusión negativa en el desempeño del trabajo y menor satisfacción en la calidad del cuidado, percibida por pacientes y familiares (Gómez-Martínez et al., 2015; Mealer et al., 2014).

1.3 La Inteligencia emocional

Continuando en este mismo contexto laboral, tanto gestores como investigadores están cada vez más interesados en los enfoques que estudian las diferencias individuales y los recursos personales de los trabajadores como factores protectores frente al estrés laboral, que sin duda comparten (Extremera-Pacheco, Durán, y Rey, 2007; Limonero, Tomás-Sábado, y Fernández-Castro, 2004). A tenor de este hecho, toma gran interés el concepto de Inteligencia Emocional (IE). Por otro lado, el éxito laboral hasta hace unas décadas dependía, según todos los investigadores, del cociente intelectual (CI) de cada persona. La persona inteligente era un referente para el resto de la sociedad, y ya desde la escuela, los niños con inteligencia académica eran aquellos con un cociente intelectual elevado según los test de Binet y Simon (Mora Mérida y Martín Jorge, 2007). Sin embargo, los últimos avances científicos del siglo XX (Fernandez-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2002) demostraron que el éxito profesional, no solo dependía de la brillantez académica, sino que autores como Salovey y Mayer (1990), precursores de la inteligencia emocional, se dieron cuenta de que existían dos inteligencias: la ideativa, relacionada con lo racional y cognitivo, y la instintiva, relacionada con los sentimientos y emociones (Mora Mérida y Martín Jorge, 2007; Rubio Martín, 2016).

Es a partir de la década de los noventa año 1990 cuando Salovey y Mayer (1990) introducen el concepto de inteligencia emocional tal y como se reconoce actualmente, definiéndolo como “la habilidad para regular los sentimientos y las emociones propios de unos y de otros, discriminar entre ellos y usar esta información para guiar el pensamiento y la acción de cada uno”. Unos años más tarde, en 1997, estos mismos autores reelaboran el constructo de la IE incluyendo una nueva dimensión: la comprensión emocional. Así, detallaron la IE como “la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa; y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros” (Mayer y Salovey, 1997). Quedarían, pues, cuatro dimensiones incluidas en la IE: el uso de las emociones para facilitar el pensamiento, la percepción y expresión de las emociones, la comprensión emocional y la regulación de las emociones (Rivers, Brakkett, Salovey, y Mayer, 2007).

Bajo la influencia de estos dos autores, Daniel Goleman publicó unos años más tarde (Goleman, 1996) su libro titulado “Inteligencia emocional”, donde la define como “...

una serie de habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo...”, utilizando un enfoque más relacionado con el marketing y la publicidad. Este autor, cuyo libro fue un “betseller” de la época, entre detractores y aduladores, reitera que “los factores que mejor discriminan entre un grupo de personas igualmente inteligentes, sobre quienes mostrarán una mayor capacidad de liderazgo, no son el CI ni las habilidades técnicas, sino las relacionadas con la inteligencia emocional”; y si bien son muchos los autores que afirman la falta de rigor científico en sus conclusiones, en el mundo educativo Goleman es tomado como una referencia para comprender y trabajar la inteligencia emocional (Fernandez-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2002).

De alguna forma todo apunta (Extremera-Pacheco et al., 2007; Limonero et al., 2004), según la teoría de la IE, a que una persona con altos niveles de IE, tendría habilidades que le permitirían procesar y asimilar los sucesos estresantes desde la comprensión, lo que le facilitaría el reconocimiento y la diferenciación entre lo que le pasa a él y lo que le pasa al enfermo; esto es, le permitiría no identificarse con las experiencias traumáticas, de dolor, de miedo y estresantes que se viven de forma habitual en el contexto de las unidades de urgencias. Este ajuste emocional, junto con la capacidad de expresión y reconocimiento individual de las propias emociones, le llevaría a una mayor capacidad de afrontamiento, favoreciendo así los propios niveles de bienestar (García del Castillo, García del Castillo-López, López-Sánchez, y Dias, 2016; Nikolau y Tsaousis, 2002; Salovey, Bedell, Detweiler, y Mayer, 1999).

Por lo tanto, si comprendemos la inteligencia emocional, la podremos considerar esencial para poder alcanzar mejores resultados profesionales y personales; aunque, como también sugieren otros autores, siempre sin olvidar la necesaria relación con lo cognitivo. Es decir, que debe existir una relación de armonía entre lo cognitivo y lo emocional (Rubio Martín, 2016).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, y dado que la convivencia diaria con la muerte, práctica inherente a los profesionales de la salud, implica el contacto con las emociones propias y ajenas, y los profesionales reconocen que esta experiencia no les resulta una tarea fácil, es por lo que consideramos importante determinar los niveles de IE de estos, por entender que en la unidad de Urgencias los trabajadores emocionalmente inteligentes podrán ser capaces de desarrollar estrategias para regular y gestionar estados emocionales difíciles y este hecho se relacionará con un mejor bienestar laboral y personal.

1.4 La resiliencia

Los apartados anteriores nos acercan a diferentes variables que influyen en los profesionales de la salud y en los resultados sobre la percepción de su propia calidad de vida personal y profesional, en el entorno hospitalario y en el desempeño de su labor asistencial. Unos influyen negativamente, como el miedo a la muerte, y otros de forma positiva, como la inteligencia emocional. Dentro de lo positivo, trataremos de medir otro aspecto que parece determinante en esta relación, de satisfacción o no, de los profesionales y de los propios pacientes y familiares. Nos referimos a la resiliencia o capacidad de adaptarse positivamente al estrés (Fletcher y Sarkar, 2013).

Ya Darwin (1859) dijo que “las especies que sobreviven no son las más fuertes ni las más inteligentes, sino aquellas que se adaptan mejor al cambio”. Esta máxima se podría considerar como un inicio hacia la descripción y desarrollo de la resiliencia (Robles Sánchez, 2013).

El concepto de resiliencia se introdujo en primer lugar en las ciencias físicas e ingenierías y se describió como la capacidad que tienen los objetos para recobrar su forma original después de aplicar una fuerza extrema o deformadora. Posteriormente se incorpora a las ciencias sociales, teniéndose en cuenta como una medida de protección emocional (Pacheco Pérez, Berumen Burciaga, López López, y Molina Seañez, 2013).

Su definición no tiene un común acuerdo entre los investigadores de la materia, pero sí existe un consenso en considerar este constructo dentro de la psicología positiva. Entre las definiciones recogidas en la literatura científica destacan la formulada por Garmezy, autor considerado referente de este campo, quien en 1991 se refiere a ella como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”, y la de Grotberg, más cercana en el tiempo en el 2006, quien realiza una aproximación al término, explicándola como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (citados por Valdebenito y Loizo, 2009).

Otros autores como Boris Cyrulnik (citado por Szejfman, 2010), psiquiatra e investigador, ya en los años 90 del siglo XX, puso de manifiesto que, a pesar de haber sufrido una infancia infeliz “los traumas se pueden trabajar y se pueden superar” (Cyrulnik, 2013), lo que le llevó a referirse a la resiliencia como “el arte de navegar en los torrentes” (Villalobos Torres y Castelán García, 2006). Más recientemente, este

mismo autor, en 2012 y tras su propia evolución, la redefinió como “la vuelta a la vida tras un trauma psicológico” (Elola, 2016).

En las últimas décadas, este constructo de la psicología positiva, ha sido foco de interés de los investigadores en diferentes áreas, y de ahí que se estén obteniendo resultados e información relevante en todas ellas. Así, dentro de la salud, existen estudios a nivel clínico de profesionales médicos, psiquiatras, enfermeras y psicólogos, sobre la resiliencia en los pacientes en relación con sus enfermedades, de cuidadores principales en relación a las enfermedades crónicas y demencias, o a los propios profesionales y sus puestos de trabajo. Este interés por la resiliencia ha llegado igualmente a las universidades y cada vez más investigadores incluyen esta variable en sus estudios en las diferentes áreas de conocimiento (Ríos Rísquez, Carrillo García, y Sabuco Tebar, 2012).

En general, los investigadores coinciden en que la resiliencia es uno de los factores más importantes para conseguir una adaptación exitosa después de la exposición a eventos traumáticos como estrés, presión de situaciones adversas o experiencias negativas (Fletcher y Sarkar, 2013), aunque existen discrepancias en cuanto a que ésta pueda ser aprendida tras la realización de una formación (Fletcher y Sarkar, 2013; Pacheco Pérez et al., 2013; Quiceno y Vinaccia, 2011). En este sentido, en Estados Unidos se realizaron programas preventivos, reforzando la resiliencia, en niños que habían vivido una separación o divorcio de sus padres, y se evidenció que, tras estos programas, se reducían los problemas de salud mental sobre todo a corto plazo (Becoña, 2006). Si bien estos programas justifican la relación entre la resiliencia y la mejora en la salud a nivel puntual, también este “a corto plazo” pone en valor a los autores que consideran que la resiliencia, en mayor o menor medida, depende de la personalidad del individuo, y se verá poco o nada influida por la formación o experiencia profesional (Arrogante, Pérez-García, y Aparicio-Zaldívar, 2015). En definitiva, que aún no hay suficientes evidencias científicas que avalen que una intervención en esta línea mejore la resiliencia y, por ende, la salud o las características de los profesionales de la salud.

Aun aceptando la controversia en torno a la resiliencia, a nivel hospitalario, está ganando una atención especial por considerarla un punto clave para la protección contra el desgaste clínico (McGee, 2006); es decir, el desarrollo de la resiliencia personal se constituye como un medio para que los profesionales de la salud afronten el estrés asociado con su trabajo, minimizando sus consecuencias negativas como el “síndrome de burnout” (Arrogante, 2014) o el miedo a la muerte (Mealer et al., 2014).

En este sentido, existen evidencias empíricas desarrolladas en contextos sanitarios, que demuestran que, tras una formación específica, se mejoraron los datos relacionados con el trastorno de estrés postraumático y el miedo (Arrogante et al., 2015; Kemper, Mo, y Khayat, 2015; Mealer et al., 2014).

A tenor de lo anteriormente expuesto y de la bibliografía consultada, se observa que, tanto gestores como investigadores, docentes, etc., vinculan el desarrollo profesional y personal en estos contextos estresantes y dolorosos (donde es habitual convivir con la muerte y las emociones negativas, como ocurre en los servicios de urgencias) con la potenciación de la inteligencia emocional o capacidad para gestionar las emociones y con la resiliencia o capacidad de adaptarse positivamente en estos contextos. Por otra parte, hay evidencias de que una formación específica dirigida a médicos, enfermería y en general a los profesionales de la salud, sobre el miedo a la muerte, mejoraría la relación con la misma, la aceptación de la situación y, por ende, la mejor percepción de la propia profesionalidad y calidad de vida. Y todo ello, a pesar de que se reconoce que existen pocas investigaciones que apoyen con evidencia científica la eficacia de dichos programas formativos.

Sobre este punto, en el servicio de urgencias no se han encontrado investigaciones que, aludiendo a los temas anteriormente expuestos, describan el estado actual de la situación; por ello, se ha planteado este estudio cuyo fin es poder reconocer la situación de partida de los profesionales del servicio de urgencias del CAULE.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales

- Describir el grado de miedo/ansiedad percibidos por los profesionales del servicio de urgencias del Hospital de León ante la muerte, tanto propia como ajena.
- Describir el grado de percepción de inteligencia emocional y resiliencia de estos mismos profesionales.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características de la muestra en base a las variables sociodemográficas.
- Conocer el grado de formación académica y preparación en materia de cuidados paliativos, resiliencia e inteligencia emocional.

- Determinar el perfil de la muestra a partir de otras variables como percepción de espiritualidad, experiencia en acompañar a personas en proceso final de la vida y conocimientos específicos sobre Cuidados Paliativos.
- Describir el grado de miedo/ansiedad ante la muerte, la inteligencia emocional y la resiliencia percibidos por los profesionales del estudio.
- Analizar si existe relación entre el miedo a la muerte y las variables inteligencia emocional y resiliencia.

3. HIPÓTESIS

Los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias del Hospital de León:

- Tendrán una preparación académica regular en Cuidados Paliativos, y poca sobre Inteligencia Emocional y Resiliencia.
- Presentarán valores medios de miedo a la muerte propia y ajena, no existiendo diferencias significativas entre los hombres y las mujeres.
- Obtendrán valores altos de inteligencia emocional y resiliencia, indicativos de que son capaces de sobrevivir en esta unidad.
- Los valores altos de inteligencia emocional y resiliencia, se asociarán positivamente entre ellas y negativamente con el miedo a la muerte, tanto propia como de los otros.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, comparativo y correlacional.

4.2 Descripción de la muestra

4.2.1. Contexto y población del estudio

El Hospital de León consta de un servicio de urgencias distribuido en las siguientes áreas: triaje, urgencias de traumatología, urgencias generales, consultas de urgencias, urgencias pediátricas, urgencias ginecológicas, box crítico de adulto y box crítico pediátrico.

El volumen atendido de consultas en el año 2016 fue de 131.203 y el registro de defunciones en el servicio de urgencias de adulto se estimó en 198 personas. Se excluyen las producidas en el área de pediatría y de ginecología.

El personal sanitario lo componen un total de 135 profesionales repartidos de la siguiente forma:

- 62 enfermeras
- 38 técnicos en cuidados de enfermería (TCAE)
- 35 médicos

El personal no sanitario incluido en este estudio ha sido el grupo de celadores, siendo un total de 35 profesionales.

Enfermeras, TCAE y celadores realizan rotaciones por todas las áreas, incluidas pediatría y ginecología. Los profesionales médicos asociados a urgencias, no rotan por estas dos áreas; siendo los pediatras y ginecólogos los que intervienen en estas zonas de urgencias. Por esta razón no se ha incluido la mortalidad infantil ni ginecológica en el total de defunciones.

4.2.2. *Muestra*

El procedimiento de selección de la muestra ha sido no aleatorio accidental.

Se entrega la encuesta a todos los profesionales del servicio de urgencia que están en contacto directo con los pacientes (médicos, enfermeras, TCAE y celadores). De los 170 profesionales que componen la población, 103 completaron el cuestionario en su totalidad.

4.2.3. *Criterio de inclusión y exclusión*

El criterio que se tuvo en cuenta para obtener la muestra fue la pertenencia a la unidad de urgencias por parte de los profesionales, la voluntariedad en la realización de la encuesta y la cumplimentación de forma correcta y al 100% de la misma.

Los criterios de exclusión fueron: la cumplimentación errónea, o incompleta de los cuestionarios y la no pertenencia a la unidad de urgencias del CAULE.

4.3 Variables del estudio

- Sexo: hombre y mujer (variable cualitativa).
- Edad: medida en intervalos de 5 años desde los 21 años a más de 65 años (variable cuantitativa).
- Años de trabajo en el servicio: medida en 4 opciones con intervalos de 0 a 2 años, de 2 a 5 años, de 5 a 10 y hasta más de 15 años (variable cuantitativa).
- Formación académica: opción de elección múltiple con 7 opciones de respuestas, *formación profesional, diplomatura, grado, licenciatura, máster, doctorado y otros* (variable cualitativa).
- Formación específica: incluye valoración en el cuidado del enfermo terminal, en la inteligencia emocional y en resiliencia. Las tres variables tienen 8 opciones de respuesta donde el sujeto valora *ninguna formación, formación a través de la experiencia laboral, formación durante la carrera universitaria/formación profesional, curso on-line, curso presencial de menos de 100 horas, curso presencial de más de 100 horas, máster y otro*.
- Escala de evaluación del grado de percepción de Espiritualidad: escala tipo Likert con 5 resultados que van desde mucho (5 puntos), bastante (4 puntos), regular (3 puntos), poco (2 puntos) y nada (1 punto).
- Experiencia profesional: cuestionario que consta de 9 ítems. Los dos primeros con dos opciones de respuestas, *sí* y *no* y los restantes con respuestas que van desde *nada* que se asigna una puntuación de 1, *poco* que puntúa 2, *regular con una* puntuación de 3, *mucho* con una puntuación de 4 y *bastante* con una puntuación de 5. (Anexo I, preguntas 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20). Se describen a continuación:
 - ¿Has acompañado a alguna persona en el proceso final de vida física?: 5 afirmaciones.
 - ¿Has acompañado a alguna persona en el proceso de duelo, por la pérdida de un ser querido?: 6 afirmaciones.
 - Preparación/Valoración: 2 afirmaciones.
 - ¿En qué medida consideras importante en el Cuidado de la Persona que está en proceso final de vida física, incluir tus actividades como profesional?: 4 afirmaciones.

- Enfermo terminal. En las siguientes opciones, valora la importancia que tienen para ti: 7 afirmaciones.
 - Dolor, información, contacto. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones: 17 afirmaciones.
 - Tu opinión. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes opiniones: 7 afirmaciones.
 - Competencias. Valora tu nivel de acuerdo: 13 afirmaciones.
 - Observación y escucha. Valora tu nivel de acuerdo: 7 afirmaciones.
- Miedo ante la muerte.
 - Inteligencia emocional.
 - Resiliencia.

4.4 Instrumentos

- *Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL)*. Esta escala consta de 28 ítems distribuidos en 4 subescalas: 1) miedo y preocupación por la propia muerte; 2) miedo y preocupación por el propio proceso de morir; 3) miedo por la muerte de otros; 4) miedo y preocupación por el proceso de morir de otros. Cada ítem consta de 5 respuestas tipo *Likert* que puede ir desde *no me preocupa nada* (1 punto) hasta *me preocupa mucho* (5 puntos). (Anexo I, preguntas de 8 al 11).
Lo anteriormente descrito no conduce a interpretar que puntuaciones promedio elevadas indican altos niveles de miedo en cada subescala. Si las puntuaciones promedio son bajas, orientarán sobre bajos niveles de miedo a la muerte. Los índices de fiabilidad de esta escala en los artículos revisados son adecuados.
- *Escala de Inteligencia Emocional o "Trait Meta Mood Scale (TMMS)*. Se ha utilizado la versión reducida en español de (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004), de la TMMS de Salovey y Mayer. Consta de 24 ítems que evalúan tres áreas de la Inteligencia Emocional: la atención a los sentimientos (sección A), la claridad de los mismos (sección C) y capacidad de reparación emocional (sección R). Cada dimensión consta de 8 ítems con 5 posibles repuestas tipo *Likert* que pueden ir desde *nunca de acuerdo* (1 punto) hasta

totalmente de acuerdo (5 puntos). (Anexo I, preguntas 21,22 y 23). La fiabilidad, nuevamente, es adecuada según los estudios revisados.

- La evaluación de la escala se realiza sin tener en cuenta la puntuación total. Se analiza la puntuación de cada dimensión de forma independiente y según puntos de corte preestablecidos y el sexo (Tabla 1).

Tabla 1
Puntos de corte de la Escala de Inteligencia Emocional (TMMS)

| | | |
|--------------------|--|--|
| Atención | Puntuación en hombres | Puntuación en mujeres |
| | Debe mejorar su atención: Presta poca atención <21 | Debe mejorar su atención: Presta poca atención <24 |
| | Adecuada atención de 22 a 32 | Adecuada atención de 25 a 35 |
| | Debe mejorar su atención: Presta demasiada atención >33 | Debe mejorar su atención: Presta demasiada atención >36 |
| Comprensión | Puntuación en hombres | Puntuación en mujeres |
| | Debe mejorar su comprensión: Presta poca atención <25 | Debe mejorar su comprensión: Presta poca atención <23 |
| | Adecuada comprensión de 26 a 35 | Adecuada comprensión de 24 a 34 |
| | Excelente comprensión >36 | Excelente comprensión >35 |
| Regulación | Puntuación en hombres | Puntuación en mujeres |
| | Debe mejorar su regulación: Presta poca atención <25 | Debe mejorar su regulación: Presta poca atención <23 |
| | Adecuada regulación de 26 a 35 | Adecuada regulación de 24 a 34 |
| | Excelente regulación >36 | Excelente regulación >35 |

Nota: El cuadro se ha extraído del estudio de Martínez Soriano (2016).

- *Escala de Resiliencia (ER-14)*. Se ha utilizado la versión en español de la Resilience Scale (RS) de 14 ítems de Wagnild (Wagnild, 2009). La RS-14 incluye dos factores:
 - Factor I: Competencia Personal (11 ítems, auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia).
 - Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable).

Los 14 ítems se pueden valorar del 1 al 7 según la escala tipo *Likert* teniendo en cuenta que la puntuación máxima es de 7 indicando la opción de *totalmente*

de acuerdo y la mínima será de 1 indicando que el sujeto está *totalmente en desacuerdo*.

La escala valora niveles muy altos de resiliencia si se ha obtenido una puntuación de 98 y un nivel de resiliencia muy bajo si se obtienen puntuaciones de 24.

El índice de fiabilidad que muestra esta escala está dentro de los valores considerados como adecuados.

Tabla 2
Ítems de la Escala de Resiliencia (ER-14) según sus dos factores

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

4.5 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática, adoptando las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Urrutia y Bonfill, 2010). La búsqueda principal de los artículos se realizó entre los meses de enero a junio de 2016. Se actualizó la búsqueda durante los meses de febrero a abril de 2017. Las bases de datos utilizadas fueron: ScieceDirect, Web of Science, Scopus, Google Scholar, Dialnet y CUIDENplus. Se consultaron los tesauros DecS y MesH y se incluyeron criterios de inclusión y de exclusión:

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos en español e inglés.
- Límite de búsqueda en los últimos 5 años (2011-2017). En una segunda revisión se incluyeron otros artículos de interés, aunque estuvieran fuera del periodo seleccionado y fuentes primarias relacionadas.
- Artículos a texto completo (Free full test).
- Palabras clave: ansiedad, miedo, muerte, urgencias, médicos, enfermeras y TCAES, inteligencia emocional y resiliencia.

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Artículos anteriores a 2011.
- Artículos de literatura gris y aquellos que no se ajustaban a metodología de investigación.

Se utilizaron los operadores booleanos AND, OR y NOT para vincular las Palabras Claves utilizadas para la búsqueda bibliográfica y la gestión de los artículos de interés se llevó a cabo a través del gestor Mendeley.

4.6 Recogida de datos

Previo a la recogida de datos, se informó y se solicitó el permiso pertinente a la Gerencia del Hospital, así como el informe favorable al Comité Ético de Investigación Clínica del mismo adjuntando los siguientes documentos requeridos:

- Declaración de Helsinki de Fortaleza.
- Solicitud de Presentación del estudio.
- Solicitud de la autorización para la realización de la encuesta.
- Encuesta.
- Curriculum Vitae (breve descriptivo de la investigadora principal).

Tras la autorización del Comité Ético, se informa al coordinador médico y la supervisora de enfermería del servicio de urgencias del comienzo de la recogida de datos a través de la encuesta entregada a médicos, enfermeras, TCAE y celadores.

Es una encuesta autoadministrada. Los profesionales, que participaron de forma voluntaria, podían elegir cumplimentar la encuesta, o vía on-line, a través del programa Line-Survey o en soporte papel. En el primer caso, se les envió a través del correo electrónico un enlace directo de la encuesta. En el segundo caso, la investigadora

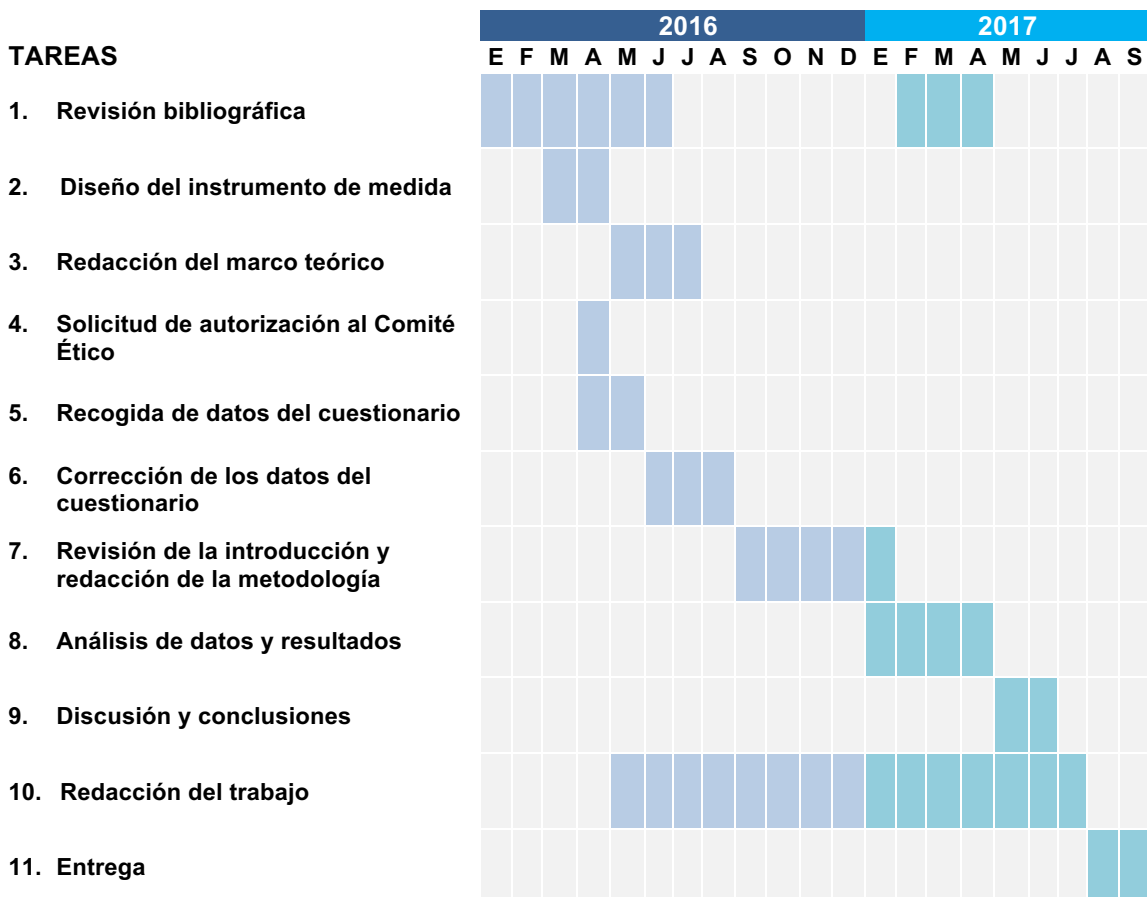
entregó y recogió la encuesta de los participantes. Se les entregó de forma personalizada durante el turno de trabajo y los participantes una vez cumplimentada, se la dejaron a la investigadora en su taquilla. Se recogieron 23 encuestas on-line y 80 en soporte papel. Los datos recogidos de forma manual se trasladaron al cuestionario realizado en Lime-Survey y posteriormente fueron volcados al programa estadístico SPSS versión 23 para su tratamiento estadístico.

El plazo de la recogida de encuestas se determinó en un mes (del 15 de abril al 15 de mayo). Pasado ese tiempo se llevó a cabo la recogida total de las encuestas.

4.7 Cronograma

Utilizando el diagrama de Gantt, se plasma gráficamente el tiempo dedicado a las actividades realizadas.

Gráfico 1
Cronograma



4.8 Tratamiento estadístico de los datos

Para realizar la estadística de los datos recogidos se utiliza la versión 23.0 para Windows del programa SPSS.

La forma de tratar las variables sociodemográficas (sexo, edad, años de trabajo, formación académica) fue a través de un análisis descriptivo. Todas las variables cuantitativas se describieron con medias, desviaciones típicas y rangos y las cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Para averiguar la relación entre las variables cualitativas en escala ordinal se lleva a cabo un análisis de asociación con el coeficiente de Pearson.

En todas las pruebas estadísticas se toma como valor $p < .05$ las diferencias estadísticamente significativas.

4.9 Consideraciones éticas

Previo a la participación de los sujetos, se informa que el cuestionario es totalmente anónimo reservando así su identidad.

Por otro lado, se indica a los participantes que el propio cuestionario explica el objetivo del estudio y el fin con el que se realiza para que los sujetos elijan libremente su opción de participar o no.

Al personal que mostró interés por los resultados del estudio se informó que una vez finalizado, se facilitarían los datos requeridos.

5. RESULTADOS

Tras el análisis de todos los datos recogidos, se presentan dos secciones: resultados descriptivos sobre las variables sociodemográficas y perfil de los profesionales y resultados sobre la asociación de variables.

Se recogieron un total de 103 cuestionarios lo que supuso una tasa de participación del 60.6 % (103/170). La categoría con menor participación fue la de los Celadores y TCAEs (23 de 73 = 31.5%). En el caso de las Enfermeras la participación fue del 100% y de los médicos del 54.3%.

5.1 Resultados descriptivos sobre las variables sociodemográficas y el perfil de los profesionales

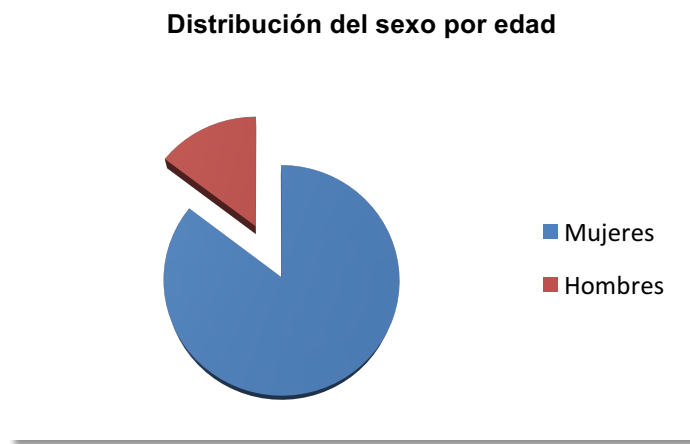
5.1.1. Variables sociodemográficas

Sexo

Teniendo en cuenta el total de la muestra (n=103) en esta investigación se ha obtenido la participación de 15 hombres (14.4%) y 88 mujeres (84.6%).

Gráfico 2

Distribución de la muestra según el sexo



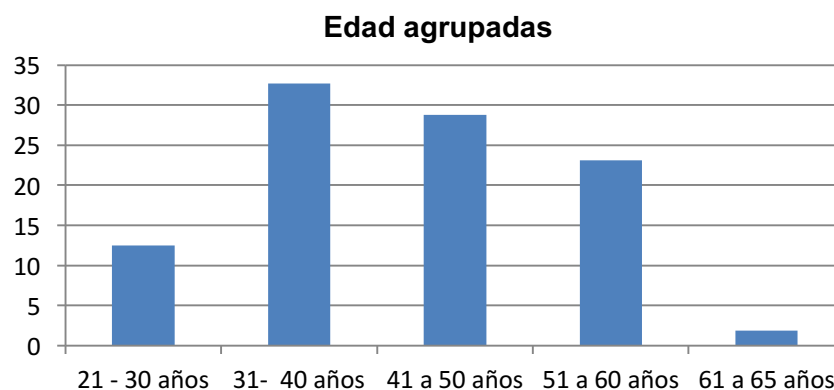
Edad

El rango de edad de los trabajadores que participaron fue de 21 a 65 años, siendo la media de 38.28 años.

De 21 a 30 años participaron un 12.5 %, en el rango de edad 31 a 40 años fueron los que ejercieron mayor participación con un 32.7 %, de 41 a 50 años un 28.8 %, de 51 a 60 un 23.1% y de 61 a 65 un 1.9%.

Gráfico 3

Edades agrupadas de los profesionales



Años de trabajo en el servicio de urgencias del Hospital de León

Los profesionales que han trabajado más de 15 años obtienen el mayor porcentaje con un 31.1% seguido de los que han ejercido su trabajo entre 5 y 10 años con un 22.3%. Los que han trabajado de 0 a 2 años representan el 17.5 % igual que los que han trabajado de 10 a 15 años. Los de menor porcentaje, 11.5%, son aquellos que han trabajado entre 2 y 5 años.

Tabla 3
Años de trabajo de profesionales en el servicio de urgencias

| Años de trabajo | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|-------------------|----------------------|
| 0-2 | 18 | 17.5 | 17.5 |
| 2-5 | 12 | 11.7 | 29.1 |
| 5-10 | 23 | 22.3 | 51.5 |
| 10-15 | 18 | 17.5 | 68.9 |
| Más de 15 | 32 | 31.1 | 100.0 |
| Total | 103 | 100.0 | |

Formación académica relacionada con la categoría profesional

La tabla 4 muestra la distribución de la formación académica según las categorías laborales. Se puede observar que en el grupo de los celadores y TCAEs, uno ha realizado estudios de diplomatura y grado de enfermería y 2 otras formaciones que no especifican; de las 62 enfermeras, 48 tienen el título de diplomadas, 4 de ellas además han realizado el curso de adaptación a grado y por ello ostentan el título de grado; además 14 son grado en enfermería. Destacar que de ellas hay 2 que tienen otras licenciaturas y 7 han realizado estudios de máster. En el caso de los médicos, el total de participantes fue 19. De ellos 2 habían cursado previamente la diplomatura de enfermería, 4 han realizado estudios de máster y 2 han realizado el doctorado. Además, uno de ellos dice tener otra formación, aunque esta sin especificar.

Tabla 4
Tipo de formación que tiene los profesionales

| Formación Académica | Categoría Laboral (N) | % Categoría Laboral | Formación Académica | | | | Formación Académica Superior | | |
|---|-----------------------|---------------------|-----------------------|-------------|-----------|--------------|------------------------------|-----------|------------------------------|
| | | | Formación profesional | Diplomatura | Grado | Licenciatura | Máster | Doctorado | Otras Formaciones académicas |
| Técnico Cuidados Auxiliar Enfermería (TCAE) + Celadores | 22 | 21.35 | | 1 | 1 | | | | 2 |
| Enfermeras (Diplomadas y Grado) | 62 | 60.20 | 2 | 48 | 14 | 2 | 7 | | |
| Licenciatura Medicina | 19 | 18.45 | | 2 | | 19 | 4 | 2 | 1 |
| TOTAL MUESTRA | 103 | 100% | 2 | 55 | 19 | 21 | 11 | 2 | 3 |

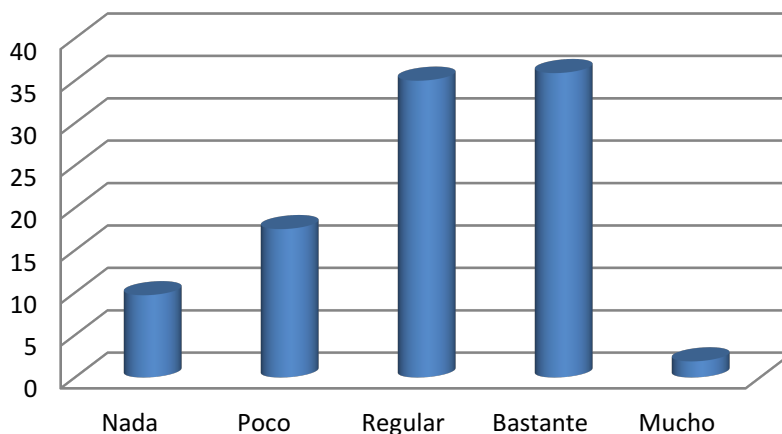
5.1.2. *Perfil profesional relacionado con variables cualitativas de los participantes*

Percepción sobre la espiritualidad

Este ítem valora el grado en el que los profesionales del servicio de urgencias, se perciben espirituales, considerando la espiritualidad como la relación con lo “desconocido”. Los valores van desde 1 (individuo nada espiritual) a 5 (muy espiritual). El gráfico 7 muestra los valores obtenidos. En él se observa que la mayoría de los profesionales, un 35.9%, se consideran “bastante” espirituales seguidos de aquellos que consideran su espiritualidad “moderada” con un 35%.

Gráfico 4
Grado de espiritualidad de los profesionales del servicio de urgencias

Me considero un ser espiritual

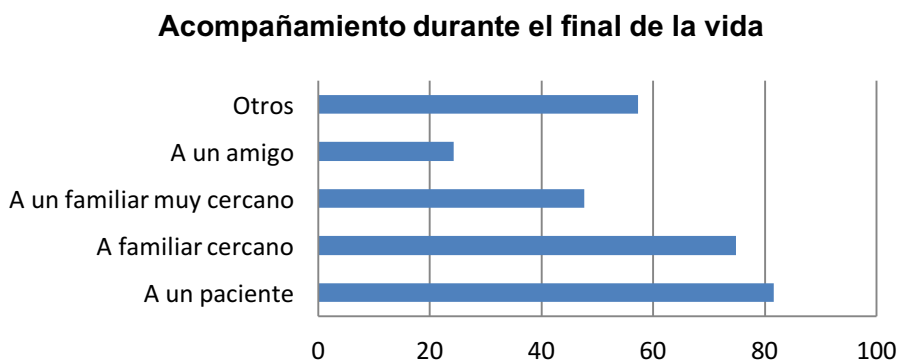


Acompañamiento a personas al final de su vida

Se trata de conocer si los participantes han acompañado a pacientes, familiares o amigos en su proceso final de la vida. Existen dos posibles respuestas: “Sí” o “No”.

El mayor número de sujetos, 84 (un 81.6%), acompañaron a alguien en el final de su vida durante su residencia o prácticas clínicas, 49 acompañaron a padres, madres o hermanos en el final de su vida (47.6%) incrementándose hasta 77 individuos los que acompañaron a un familiar cercano (74.8%). Además 25 profesionales (24.3%) acompañaron a un amigo en este proceso y 59 (un 57.3%) a otras personas.

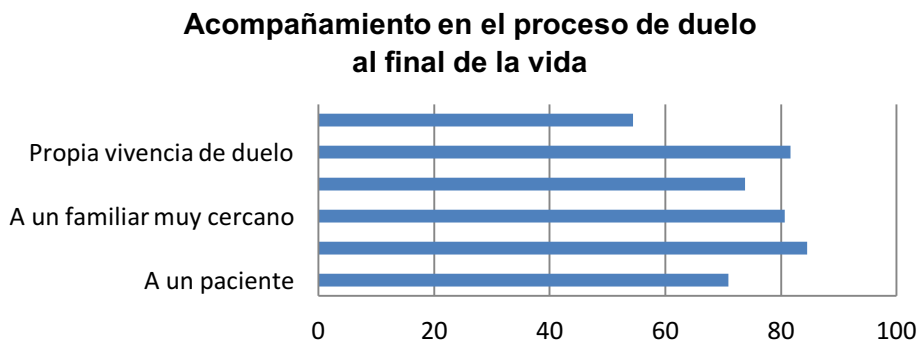
Gráfico 5
Acompañamiento en el final de la vida



Acompañamiento a personas en el proceso de duelo

A través de este ítem se intenta conocer si los individuos que participan en la muestra han vivido una experiencia propia de duelo o compartido experiencias de acompañar en el proceso a distintos grupos de personas (pacientes, familiares y amigos). Las respuestas eran “Sí” o “No” para cada una de las opciones.

Gráfico 6
Acompañamiento en el proceso de duelo al final de la vida



A diferencia del anterior ítem, el mayor porcentaje se ha obtenido en los individuos que han acompañado a familiares cercanos (tíos, abuelos...), 87 en total (un 84.5%), seguido del propio duelo siendo 84 profesionales (81.6%) y el acompañamiento a familiares muy cercanos (padres, madres, hermanos) con 83 profesionales (80.6%). Por otro lado, 76 sujetos experimentaron el proceso de duelo de algún amigo (73.8%) y por último 56 realizaron dicho proceso con otras personas (54.4%).

Sentimiento de preparación desde un punto de vista asistencial para cuidar enfermos terminales (ET)

Se preguntó por cómo se sentían de preparados para realizar los cuidados integrales que un enfermo terminal requiere como habilidades de comunicación, control del dolor, correctas movilizaciones, cuidados higiénico-dietéticos o tratamientos de los diversos síntomas que aparecen en el proceso de la muerte. Las opciones a elegir podían ir desde “nada” (valor 1) hasta “mucho” (valor 5).

Los resultados se muestran en la tabla 6. La puntuación media ha sido de 3.50 sobre 5 y una desviación típica de 0.91, por lo que los sujetos se sienten “regular” en su preparación asistencial para el cuidado de los ET. Tal y como refleja la tabla 5, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p=.87$). La puntuación media obtenida en los hombres es de 3.53 y de las mujeres 3.50.

Tabla 5
Descriptivo de niveles de autopercepción de preparación asistencial para cuidar a ET

| Me siento preparado asistencialmente para cuidar a enfermos terminales (ET) | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|-----|
| | N | Media | DT | P |
| Hombres | 15 | 3.53 | 0.91 | .87 |
| Mujeres | 88 | 3.50 | 0.92 | |
| Total | 103 | 3.50 | 0.91 | |

Sentimiento de preparación desde un punto de vista emocional para cuidar ET

Si el ítem anterior valoraba la autopercepción de sentirse preparado en el desarrollo de cuidados desde un punto de vista clínico y asistencial, este ítem valora el sentimiento de preparación desde un punto de vista emocional y psicológico. Nuevamente las respuestas van de “nada” (1 punto) a mucho (5 puntos).

Como se observa en la tabla 6, la media ha sido de 3.25 y una desviación típica de 0.98. Indica que la muestra se siente emocionalmente “regular”. En razón del sexo, las mujeres obtienen una puntuación media de 3.17 y los hombres una puntuación de 3.73. Dicha diferencia de puntuación es significativa ($p=.04$), confirmando que las mujeres se sienten menos preparadas emocionalmente con respecto a los hombres a la hora de llevar a cabo los cuidados con los enfermos terminales.

Tabla 6
Descriptivos de niveles de autopercepción de la preparación emocional para cuidar a ET

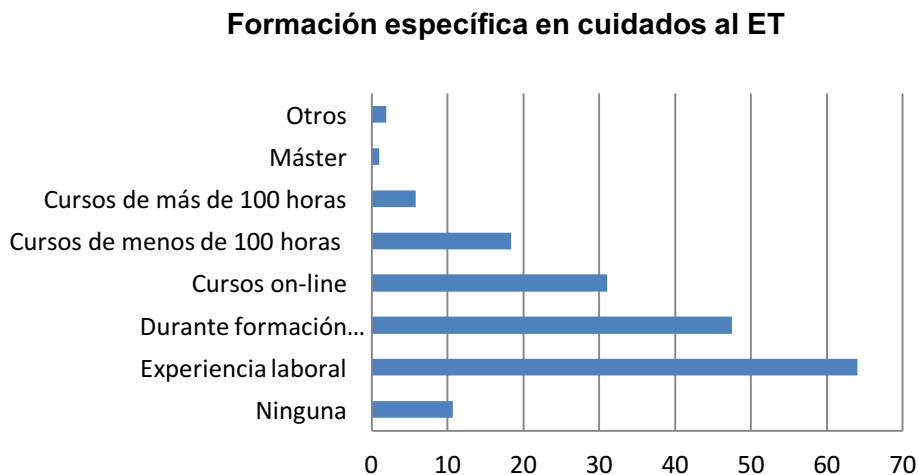
| Me siento preparado emocionalmente para cuidar a enfermos terminales (ET) | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|-----|
| | N | Media | DT | P |
| Hombres | 15 | 3.73 | 0.88 | .04 |
| Mujeres | 88 | 3.17 | 0.98 | |
| Total | 103 | 3.25 | 0.98 | |

5.1.3. *Formación específica: cuidados paliativos, inteligencia emocional y resiliencia*

Formación específica sobre cuidados del enfermo terminal

El gráfico 7 muestra los resultados obtenidos, destacando que la mayoría de los profesionales del servicio de urgencias, un 64%, adquieren formación sobre los cuidados del enfermo terminal durante su experiencia laboral o durante su formación académica (47.5%). Resaltar que sólo un 1% ha adquirido formación en cuidados paliativos al realizar un máster.

Gráfico 7:
Formación específica sobre cuidados del enfermo terminal

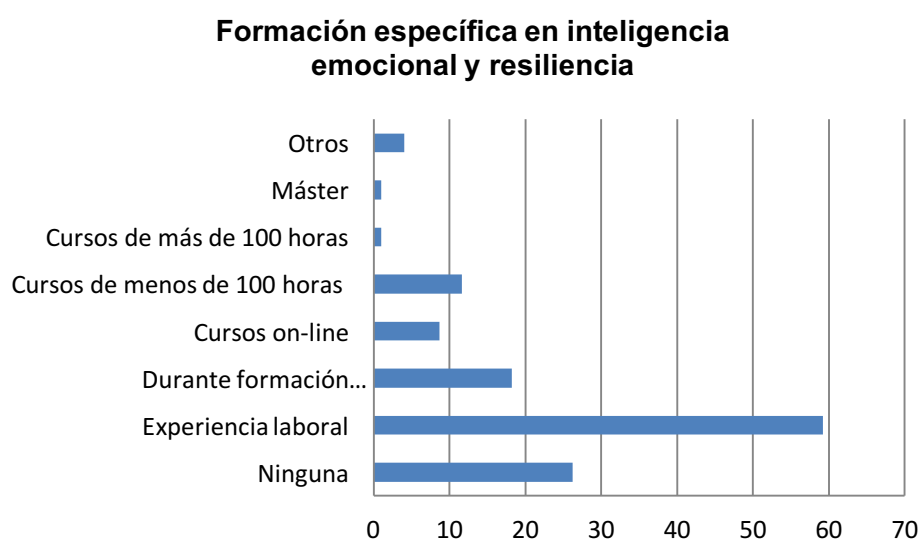


Formación específica en la inteligencia emocional y resiliencia

Al igual que la formación en cuidados sobre el enfermo terminal, el porcentaje más elevado de profesionales se han formado en inteligencia emocional y resiliencia durante su experiencia laboral siendo un 59.2%. Un 26.2% no tienen ningún tipo de formación, un 18.4 % han adquirido conocimientos durante su formación académica y la obtención mediante cursos on-line ha sido de un 8.7%. Cursos de menos de 100 horas un 11.65% y cursos de más de 100 horas un 1%. También un 1% realizaron un máster y un 4% indicaron que habían realizado otra formación.

Gráfico 8:

Formación específica en inteligencia emocional y resiliencia



Percepción y conocimiento sobre aspectos relacionados con Cuidados Paliativos

Se presentan algunos de los resultados más relevantes relacionados con la percepción sobre los aspectos a tener en cuenta cuando se cuida a un enfermo de cuidados paliativos en el proceso final de su vida física. La formulación de las afirmaciones se evalúa en una escala que va desde 1 “nada importante”, 2 “poco importante”, 3 “regular”, 4 “bastante importante” y 5 “mucho o muy importante”.

1. Los profesionales priorizan los cuidados dirigidos a los aspectos físicos y emocionales, relegando los aspectos sociales y espirituales siendo estas diferencias significativas estadísticamente para ambos aspectos.
2. Consideran que el control del dolor, la comunicación con el enfermo y su familia, y permanecer junto a él en esta situación son importantes, y las medias de los datos obtenidos son en todos los casos superiores a 4.5.

Menos importancia le otorgan a que los profesionales estén presentes en el momento del fallecimiento y dar información realista, aunque el valor medio obtenido es superior a 3.5. No existen diferencias significativas en relación a las valoraciones anteriores.

3. En cuanto a que el enfermo conozca la verdad sobre su situación, los profesionales están de acuerdo (M=4.7) en que el enfermo tiene derecho a no ser informado si esta es su voluntad. Así mismo consideran, en su mayoría, que tanto el enfermo como la familia deben conocer su situación de terminalidad. En este sentido, consideran que la falta de información produce temor, desconfianza y abandono (M=3.9).
4. Piensan que el contacto físico (haptonomía) es importante en la comunicación y el profesional transmite a través de ella confianza, serenidad, esperanza y aprecio (M>4). Sin embargo, muy pocos consideran que este mismo contacto físico puede transmitir miedo y desconfianza (M=1.5). Es relevante este hallazgo a pesar de no encontrar significación estadística.
5. Refieren que hablan moderadamente sobre la muerte y el morir tanto en su entorno familiar como el de sus amigos, y manifiestan tener poco miedo a los muertos o a hablar de ellos.
6. Se perciben entre regular y bastante preparados para afrontar, manejar, escuchar, empatizar y comunicarse con las personas y familias que están viviendo este proceso (M de 3.3 y 3.9), excepto en la situación en la que el enfermo es un niño, en cuyo caso las medias obtenidas descienden a 2.5. Resaltar que la afirmación “la forma en cómo afronto mi propia muerte influye en la forma en cómo afronto la muerte de los demás”, obtuvo un valor medio de 2.9. No existen diferencias significativas estadísticas.
7. En relación a la percepción que tienen en cuanto a cómo influyen las creencias y el punto de vista personal en las actividades que se realizan, consideran que éstas influyen de regular a bastante (M entre 3.2 y 4). En menor medida (M=2.9) consideran que sus prejuicios inconscientes modulan o modifican las conductas cotidianas.

5.2 Descriptivos sobre el grado de miedo/ansiedad ante la muerte, inteligencia emocional y resiliencia percibidos por los profesionales del estudio

5.2.1. Escala del Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL)

Para conocer el miedo a la muerte de los profesionales del servicio de urgencias se utilizó la escala del Miedo a la Muerte de Collet-Lester. Consta de 28 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: 1) miedo y preocupación por la propia muerte; 2) miedo y preocupación por el propio proceso de morir; 3) miedo por la muerte de otros; 4) miedo y preocupación por el proceso de morir de otros. Cada una de ellas consta de 7 afirmaciones.

Las respuestas podían valorarse desde 1 si la opinión era “No me preocupa nada” hasta 5 si se consideraba “Me preocupa mucho”.

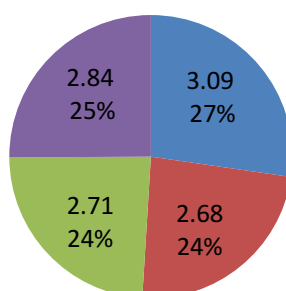
Este instrumento, presenta buenas cualidades psicométricas obteniendo un alfa de Cronbach de .752.

Los resultados de las medias obtenidas en la EMMCL se muestran en el gráfico 9.

Gráfico 9:

Resultados de medias de las 4 subescalas de la EMMCL

Medias estadísticas de las subescalas de la EMMCL



La tabla 7 muestra los resultados pormenorizados, por ítem, de cada una de las escalas. En ellas se observa, la media total de las 4 subescalas es de 2.83 y una desviación típica de 1.02. Por ello, podemos confirmar que la muestra siente un nivel “medio-bajo” de miedo ante la muerte.

Teniendo en cuenta los resultados de cada subescala, es la “Propia muerte” la que genera mayor grado de preocupación y miedo con una media de 3.09 y una desviación típica de 1.01. En cambio, la preocupación del “Propio proceso de

morir” presenta una media de 2.68 y una desviación típica de 1.16, siendo la que menor miedo genera a la muestra del estudio. Destacar que, dentro cada categoría, observando los resultados individualizados, son la preocupación y ansiedad por la brevedad de la vida, el dolor del proceso de morir, la pérdida de gente querida y el ver como la persona sufre dolor, los que menor puntuación obtienen. Por el contrario, los valores más altos los obtienen el miedo a la desintegración del cuerpo, la incertidumbre sobre el afrontamiento del proceso de morir, sentimiento de culpabilidad por el alivio provocado por su muerte y tener que estar con alguien que se está muriendo.

Tabla 7

Escala de la ansiedad ante la muerte con medias, desviaciones típicas y significación estadística del total de la muestra y a razón del sexo

| | | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | P |
|---|-------|-------|---------|---------|------|
| Preocupación o ansiedad ante tu propia muerte | Media | 3.09 | 3.20 | 3.07 | 0.63 |
| | DT | 1.01 | 1.16 | 0.98 | |
| Morir solo | Media | 2.93 | 3.33 | 2.86 | .25 |
| | DT | 1.47 | 1.54 | 1.46 | |
| La brevedad de la vida | Media | 2.81 | 3.20 | 3.06 | .84 |
| | DT | 1.28 | 1.42 | 1.45 | |
| Las cosas que perderás al morir | Media | 3.08 | 3.20 | 3.06 | .72 |
| | DT | 1.44 | 1.42 | 1.45 | |
| Morir joven | Media | 2.88 | 3.00 | 2.86 | .73 |
| | DT | 1.45 | 1.30 | 1.48 | |
| Cómo será estar muerto | Media | 3.25 | 3.27 | 3.25 | .97 |
| | DT | 1.57 | 1.71 | 1.55 | |
| No experimentar nunca nada más | Media | 3.27 | 3.33 | 3.26 | .86 |
| | DT | 1.53 | 1.44 | 1.55 | |
| La desintegración del cuerpo | Media | 3.44 | 3.47 | 3.43 | .93 |
| | DT | 1.58 | 1.64 | 1.58 | |
| Tu proceso de morir | Media | 2.68 | 2.74 | 2.64 | .83 |
| | DT | 1.16 | 0.99 | 1.19 | |
| Preocupación o ansiedad ante la degeneración física y mental en el proceso de morir | Media | 2.63 | 2.40 | 2.67 | .45 |
| | DT | 1.29 | 1.18 | 1.31 | |
| El dolor del proceso de morir | Media | 2.54 | 2.67 | 2.52 | .71 |
| | DT | 1.39 | 1.29 | 1.41 | |
| La degeneración mental del envejecimiento | Media | 2.55 | 2.33 | 2.59 | .50 |
| | DT | 1.37 | 0.97 | 1.43 | |
| La pérdida de facultades durante el proceso de morir | Media | 2.66 | 2.33 | 2.72 | .31 |
| | DT | 1.34 | 1.04 | 1.38 | |
| La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir | Media | 2.83 | 2.93 | 2.82 | .75 |
| | DT | 1.32 | 1.16 | 1.35 | |
| La falta de control sobre el proceso de morir | Media | 2.78 | 3.13 | 2.72 | .27 |
| | DT | 1.34 | 1.30 | 1.35 | |

| | | | | | |
|--|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Morir lejos de familiares y amigos | Media | 2.79 | 3.40 | 2.68 | .60 |
| | DT | 1.36 | 1.40 | 1.34 | |
| La muerte de otros Preocupación o ansiedad ante | Media | 2.71 | 2.74 | 2.07 | .89 |
| | DT | 1.00 | 0.93 | 1.02 | |
| La pérdida de gente querida | Media | 2.34 | 2.73 | 2.27 | .30 |
| | DT | 1.70 | 1.35 | 1.64 | |
| Ver su cadáver | Media | 2.97 | 2.67 | 3.02 | .40 |
| | DT | 1.52 | 1.44 | 1.53 | |
| Nunca más poderse comunicar con él/ella. | Media | 2.59 | 2.67 | 2.58 | .84 |
| | DT | 1.59 | 1.44 | 1.62 | |
| No haberte llevado mejor con él/ella en vida | Media | 2.74 | 2.53 | 2.77 | .55 |
| | DT | 1.43 | 1.26 | 1.46 | |
| Envejecer solo sin él/ella | Media | 2.58 | 2.73 | 2.56 | .64 |
| | DT | 1.37 | 1.16 | 1.41 | |
| Sentirte culpable por el alivio provocado por su muerte | Media | 3.20 | 2.93 | 3.25 | .37 |
| | DT | 1.27 | 1.10 | 1.29 | |
| Sentirte solo/a sin él/ella | Media | 2.55 | 2.93 | 2.49 | .24 |
| | DT | 1.34 | 1.10 | 1.38 | |
| El proceso de morir de otros Preocupación o ansiedad ante | Media | 2.84 | 2.40 | 2.90 | .04* |
| | DT | 0.92 | 0.79 | 0.93 | |
| Tener que estar con alguien que se está muriendo | Media | 3.22 | 2.53 | 3.34 | .02* |
| | DT | 1.26 | 1.12 | 1.25 | |
| Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo | Media | 3.19 | 2.47 | 3.32 | .15 |
| | DT | 1.26 | 1.18 | 1.23 | |
| Ver como la persona sufre dolor | Media | 2.38 | 2.27 | 2.40 | .74 |
| | DT | 1.45 | 1.38 | 1.47 | |
| Observar la degeneración física | Media | 2.67 | 2.13 | 2.76 | .07 |
| | DT | 1.27 | 1.12 | 1.27 | |
| No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida | Media | 2.78 | 2.40 | 2.84 | .25 |
| | DT | 1.37 | 1.05 | 1.41 | |
| Asistir al deterioro de sus facultades mentales | Media | 2.68 | 2.20 | 2.76 | .13 |
| | DT | 1.34 | 1.08 | 1.37 | |
| Ser consciente de que algún día también tu vivirás la experiencia de morir | Media | 2.97 | 2.80 | 3.00 | .57 |
| | DT | 1.27 | 1.08 | 1.31 | |

* p=.05

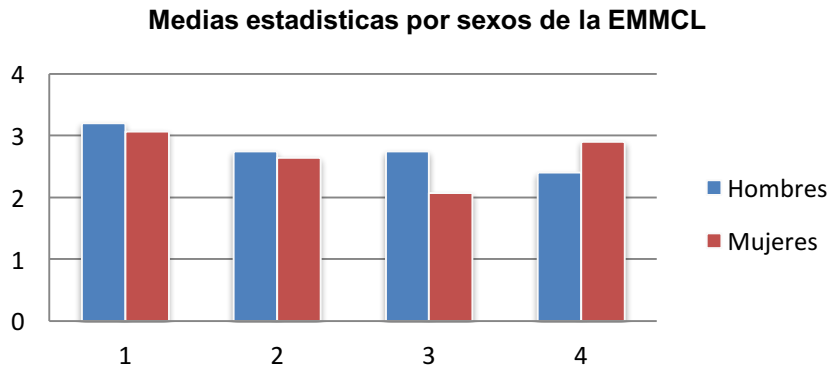
En cuanto al análisis de los resultados en función del sexo y como se evidencia en el gráfico 10, los hombres son los que sienten mayor temor ante la muerte y el proceso de morir. En tres de las subescalas sus medias son mayores que las de las mujeres. Sólo en la preocupación o ansiedad del “proceso de morir de otros” las mujeres tiene una media mayor, 2.90 y 2.4 respectivamente.

Por otro lado, cabe destacar que el proceso de morir de otros es la única subescala donde se evidencia una diferencia entre hombres y mujeres

estadísticamente significativa $p=.04$. Las mujeres muestran mayor temor que los hombres de manera significativa únicamente en una afirmación: “Preocupación o ansiedad ante tener que estar con alguien que se está muriendo” ($p=.02$).

Gráfico 10

Medias estadísticas en función del sexo de las subescalas de la EMMCL



5.2.2. Cuestionario sobre Inteligencia Emocional (TMMS-24).

Como se expuso anteriormente en la descripción de instrumentos, se utiliza el cuestionario TMMS-24 para medir la Inteligencia Emocional. A los profesionales de Urgencias se les pidió que respondieran 24 ítems valorando su nivel de acuerdo o desacuerdo del 1 al 5 sobre afirmaciones de sus emociones y sentimientos, advirtiéndoles que no existen respuestas ni malas ni buenas, ni correctas o incorrectas. Estos ítems miden las tres áreas de la Inteligencia Emocional. Cada una de estas dimensiones consta de 8 ítems y los valores obtenidos tienen en cuenta una puntuación preestablecida, como se explicó en el apartado de instrumentos.

La fiabilidad alcanzada por este cuestionario de forma global mediante el alfa de Cronbach es considerada adecuada, obteniendo un coeficiente .785.

La tabla 8 recoge las medias de los valores alcanzados tanto a nivel total de cada área como por cada una de las afirmaciones que representan a la misma, y en función del sexo.

Tabla 8

Datos estadísticos descriptivos del Cuestionario de Inteligencia Emocional (TMMS-24)

| Inteligencia Emocional (TMMS-24) | | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | P |
|--|-------|--------------|----------------|----------------|----------|
| Atención a los sentimientos | Media | 3.33 | 3.05 | 3.38 | .14 |
| | DT | 0.78 | 0.90 | 0.77 | |
| Presto mucha atención a los sentimientos | Media | 3.85 | 3.40 | 3.93 | .55 |
| | DT | 0.99 | 1.05 | 0.96 | |
| Normalmente me preocupo mucho por lo que siento | Media | 3.69 | 3.27 | 3.57 | .65 |
| | DT | 0.96 | 1.16 | 0.91 | |
| Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones | Media | 3.54 | 3.53 | 3.55 | .96 |
| | DT | 0.99 | 1.18 | 0.97 | |
| Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones | Media | 3.83 | 3.53 | 3.88 | .19 |
| | DT | 0.93 | 1.18 | 0.88 | |
| Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos | Media | 3.24 | 2.80 | 3.32 | .08 |
| | DT | 1.06 | 1.20 | 1.02 | |
| Pienso en mi estado de ánimo constantemente | Media | 2.46 | 2.33 | 2.48 | .64 |
| | DT | 1.10 | 1.23 | 1.08 | |
| A menudo pienso en mis sentimientos | Media | 3.08 | 2.87 | 3.11 | .39 |
| | DT | 1.03 | 0.99 | 1.04 | |
| Presto mucha atención a cómo me siento | Media | 3.00 | 2.73 | 3.05 | .32 |
| | DT | 1.12 | 1.03 | 1.14 | |
| Comprensión de los sentimientos | Media | 3.41 | 3.16 | 3.46 | .18 |
| | DT | 0.79 | 0.82 | 0.78 | |
| Tengo claros mis sentimientos | Media | 3.61 | 3.27 | 3.67 | .12 |
| | DT | 0.93 | 1.16 | 0.88 | |
| Frecuentemente puedo definir mis sentimientos | Media | 3.42 | 3.13 | 3.47 | .23 |
| | DT | 1.00 | 1.12 | 0.98 | |
| Casi siempre sé cómo me siento | Media | 3.49 | 3.07 | 3.56 | .06 |
| | DT | 0.98 | 0.96 | 0.93 | |
| Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas | Media | 3.51 | 3.33 | 3.55 | .39 |
| | DT | 0.89 | 1.17 | 0.84 | |
| A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones | Media | 3.44 | 3.13 | 3.49 | .14 |
| | DT | 0.85 | 0.91 | 0.84 | |
| Siempre puedo decir cómo me siento | Media | 3.12 | 2.93 | 3.15 | .45 |
| | DT | 1.02 | 1.16 | 1.00 | |
| A veces puedo decir cuáles son mis emociones | Media | 3.36 | 3.27 | 3.38 | .69 |
| | DT | 0.96 | 1.03 | 0.96 | |
| Puedo llegar a comprender mis sentimientos | Media | 3.40 | 3.20 | 3.43 | .39 |
| | DT | 0.97 | 0.94 | 0.98 | |
| Reparación emocional | Media | 3.58 | 3.45 | 3.60 | .49 |
| | DT | 0.80 | 0.80 | 0.81 | |
| Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista | Media | 3.72 | 3.53 | 3.75 | .45 |
| | DT | 1.02 | 1.18 | 0.99 | |

| | | | | | |
|--|-------|------|------|------|------------|
| Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables | Media | 3.55 | 3.60 | 3.55 | .84 |
| | DT | 0.98 | 1.05 | 0.98 | |
| Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida | Media | 3.09 | 2.93 | 3.11 | .56 |
| | DT | 1.12 | 0.88 | 1.15 | |
| Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal | Media | 3.60 | 3.60 | 3.60 | .99 |
| | DT | 1.06 | 0.98 | 1.07 | |
| Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme | Media | 3.36 | 3.07 | 3.41 | .23 |
| | DT | 1.03 | 1.38 | 0.96 | |
| Me preocupo por tener un buen estado de ánimo | Media | 3.60 | 3.27 | 3.66 | .16 |
| | DT | 1.00 | 1.03 | 0.99 | |
| Tengo mucha energía cuando me siento feliz | Media | 4.33 | 4.07 | 4.38 | .19 |
| | DT | 0.85 | 0.88 | 0.84 | |
| Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo | Media | 3.39 | 3.53 | 3.36 | .55 |
| | DT | 1.02 | 0.99 | 1.03 | |

Las tablas 9, 10 y 11 reflejan los valores totales en relación con las puntuaciones de corte preestablecidas.

Si se examinan los resultados para la dimensión de “atención a los sentimientos”, se observa que las medias obtenidas en esta población, están dentro de los valores considerados como de atención adecuada a los sentimientos, no existiendo diferencias significativas estadísticamente entre los hombres y las mujeres.

Tabla 9
TMMS-24. Atención a los sentimientos. Puntuaciones de corte preestablecidas

| Sección A: Atención a los sentimientos | | | | | | |
|--|------------|--------------|-------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | N | Media | Desviación típica | P | Puntuación de corte Hombres | Puntuación de corte Mujeres |
| HOMBRE | 15 | 24.46 | 7.23 | .14 | Poca < 21 | Poca < 24 |
| MUJER | 88 | 27.06 | 6.16 | | Adecuado de 22 a 32 | Adecuado de 25 a 35 |
| TOTAL | 103 | 26.68 | 6.36 | | Demasiada >33 | Demasiada >36 |

En la siguiente sección, “claridad de los sentimientos”, se obtiene una media para las mujeres de 27.68 y de 25.33 para los hombres. Estos valores están dentro del rango que se considera que tienen una percepción y comprensión adecuada de los sentimientos ambos sexos.

Tabla 10
 TMMS-24. *Comprensión y claridad de sentimientos. Puntuaciones de corte preestablecidas*

| Sección C: Comprensión y claridad de los sentimientos | | | | | | |
|---|------------|--------------|-------------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|
| | N | Media | Desviación típica | P | Puntuación de corte Hombres | Puntuación de corte Mujeres |
| HOMBRE | 15 | 25.33 | 6.62 | .18 | Poca<25 | Poca<23 |
| MUJER | 88 | 27.68 | 6.27 | | Adecuado de 26 a 36 | Adecuado de 24 a 34 |
| TOTAL | 103 | 27.33 | 6.35 | | Demasiada >36 | Demasiada >35 |

Para evaluar la última sección de la Inteligencia Emocional, "la recuperación de los sentimientos" nuevamente observamos que las medias obtenidas por este colectivo reflejan que tanto los hombres como las mujeres adquieren resultados estadísticos dentro del mismo rango preestablecido de normalidad. Es decir, ambos manifiestan una adecuada recuperación de los sentimientos negativos.

Tabla 11
 TMMS-24. *Recuperación de los sentimientos. Puntuaciones de corte preestablecidas*

| Sección R: Recuperación de los sentimientos | | | | | | |
|---|------------|--------------|-------------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|
| | N | Media | Desviación típica | P | Puntuación de corte Hombres | Puntuación de corte Mujeres |
| HOMBRE | 15 | 28.64 | 6.42 | .49 | Poca<25 | Poca<23 |
| MUJER | 88 | 27.60 | 6.43 | | Adecuado de 26 a 36 | Adecuado de 24 a 34 |
| TOTAL | 103 | 28.41 | 6.41 | | Demasiada >36 | Demasiada >35 |

5.2.3. Cuestionario sobre la Resiliencia (ER-14)

Se ha utilizada la versión en español de la Resilience Scale (RS) que consta de 14 ítems. La RS-14 mide dos factores, "la competencia personal" y "la aceptación de uno mismo y de la vida".

Las respuestas abarcan la posibilidad de puntuación del 1 al 7 induciendo al individuo a valorar su autoconfianza, decisión ingenio, flexibilidad, adaptabilidad o perspectiva de la vida en función de las siete alternativas anteriormente descritas.

Este cuestionario demuestra tener una consistencia interna adecuada con un valor del alfa de Cronbach de .776.

Destacamos en la tabla 18 los resultados obtenidos donde la media global ha sido de 5.48 y la desviación típica de 1.31. Este resultado nos permite afirmar que los profesionales del servicio de urgencias tienen un nivel "medio-alto" de resiliencia.

Si tenemos en cuenta el análisis de los dos factores de la escala en función del sexo, se advierte que existe homogeneidad en las medias de hombres y mujeres por lo que no se hallaron diferencias significativas para una $p < .05$.

Tabla 12

ER-14. Puntuaciones medias en razón los factores y al sexo

| | N | Media | DT | P |
|-----------------------------------|--------------|-------------|-------------|-----|
| Competencia personal | HOMBRE | 5.53 | 0.73 | .93 |
| | MUJER | 5.50 | 1.40 | |
| Aceptación de uno mismo y la vida | HOMBRE | 5.55 | 0.56 | .35 |
| | MUJER | 5.21 | 1.36 | |
| Total | N=103 | 5.32 | 1.31 | |

Por último, si se realiza una interpretación de cada ítem, destacan con mayores medias: “Mi vida tiene sentido” con un valor de 5.90 y “Pongo interés en las cosas” con una media de 5.80. A la vez, se observa como los profesionales valoraron con la menor media la afirmación: “No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado” cuyo resultado fue de 4.92. Todos estos valores siguen estando dentro del nivel “medio-alto” de resiliencia, como se mencionó.

Tabla 13

Datos estadísticos descriptivos del Cuestionario de Resiliencia (RS-14)

| Cuestionario de Resiliencia (RS-14) | | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | P |
|--|-------|-------|---------|---------|------------|
| Normalmente me las arreglo de una manera u otra | Media | 5.64 | 5.73 | 5.63 | .80 |
| | DT | 1.67 | 0.70 | 1.66 | |
| Me siento orgulloso de las cosas que he logrado | Media | 5.53 | 5.53 | 5.89 | .45 |
| | DT | 1.67 | 1.72 | 1.67 | |
| En general me tomo las cosas con calma | Media | 4.99 | 5.27 | 4.94 | .45 |
| | DT | 1.55 | 1.43 | 1.57 | |
| Soy una persona con una adecuada autoestima | Media | 5.30 | 5.67 | 4.73 | .33 |
| | DT | 1.56 | 0.81 | 1.65 | |
| Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez | Media | 4.98 | 4.73 | 5.02 | .48 |
| | DT | 1.48 | 0.96 | 1.56 | |
| Soy resuelto y decidido | Media | 5.24 | 4.87 | 5.31 | .26 |
| | DT | 1.41 | 1.12 | 1.45 | |
| No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado | Media | 4.92 | 5.13 | 4.89 | .58 |
| | DT | 1.61 | 1.50 | 1.64 | |
| Soy una persona disciplinada | Media | 5.50 | 5.73 | 5.47 | .52 |
| | DT | 1.49 | 0.70 | 1.59 | |

| | | | | | |
|--|-------|------|------|------|------------|
| Pongo interés en las cosas | Media | 5.80 | 6.06 | 5.75 | .45 |
| | DT | 1.49 | 0.45 | 1.59 | |
| Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme | Media | 5.48 | 5.93 | 5.40 | .23 |
| | DT | 1.60 | 1.16 | 1.65 | |
| La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles | Media | 5.36 | 5.27 | 5.38 | .81 |
| | DT | 1.61 | 1.62 | 1.62 | |
| En una emergencia, soy alguien en quién la gente puede confiar | Media | 5.70 | 5.93 | 5.66 | .49 |
| | DT | 1.44 | 1.33 | 1.46 | |
| Mi vida tiene sentido | Media | 5.90 | 6.00 | 5.89 | .80 |
| | DT | 1.62 | 5.89 | 1.68 | |
| Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida | Media | 5.72 | 5.67 | 5.73 | .88 |
| | DT | 1.50 | 1.35 | 1.53 | |

5.3 Asociación de variables

Para determinar la correlación entre variables se utilizó el coeficiente de Pearson.

5.3.1. *Formación académica y miedo ante la muerte, inteligencia emocional y resiliencia*

Tras realizar el estudio correlacional de estas variables con la formación académica ninguna de ellas guarda una relación estadísticamente significativa. Es decir, que el hecho de tener mayor formación, en este caso, no justifica tener menor miedo a la muerte ni mayor nivel de inteligencia emocional, ni resiliencia.

5.3.2. *Miedo a la muerte y espiritualidad*

Se aprecia que el grado de espiritualidad con el miedo a la propia muerte guarda una relación inversa. Esto significaría, que, a mayor espiritualidad, menor miedo ante la propia muerte, aunque esta asociación es débil y sin significación estadística.

La relación que existe entre la espiritualidad y el resto de las subescalas, el miedo al proceso de morir y miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros, es directa, débil y sin significación estadística. Esto lleva a deducir que no existe una relación entre estas variables.

Tabla 14
Correlación entre miedo a la muerte y la espiritualidad

| | Correlación | Espiritualidad |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| TOTAL: MIEDO A LA MUERTE | Pearson | .062 |
| | Sig.(bilateral) | .536 |
| Miedo a la propia muerte | Pearson | -.034 |
| | Sig.(bilateral) | .730 |
| Miedo al propio proceso de morir | Pearson | .033 |
| | Sig.(bilateral) | .740 |
| Miedo a la muerte de otros | Pearson | .046 |
| | Sig.(bilateral) | .646 |
| Miedo al proceso de morir de otros | Pearson | .177 |
| | Sig.(bilateral) | .074 |

5.3.3. *Miedo a la muerte e inteligencia emocional*

En la tabla 15 se muestran la relación que existe entre la variable miedo ante la muerte y la inteligencia emocional.

Si entramos en detalle en el análisis de los datos según las secciones de la IE obtenemos que:

- Entre el miedo a la muerte y la atención a los sentimientos se observa una relación inversa, poco intensa y sin significación estadística. Es decir, prestar una adecuada atención a los sentimientos no hace disminuir el miedo a la muerte.
- El área de la comprensión de los sentimientos con el miedo a morir guarda una relación inversa, débil y no significativa. Así, los resultados nuevamente indican que no existe relación entre estas dos variables.
- La relación entre la capacidad adecuada de regular los sentimientos y el miedo a la muerte es directa pero una vez más es una correlación débil y no significativa. Por lo tanto, continúa la falta de relación entre estas variables.

Tabla 15
Correlación entre el miedo a la muerte y las áreas de la IE

| | Correlación | A: Atención | C:Comprensión | R: Regulación |
|------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|---------------|
| TOTAL: MIEDO A LA MUERTE | Pearson | -.073 | -.069 | .051 |
| | Sig.(bilateral) | .442 | .489 | .609 |
| Miedo a la propia muerte | Pearson | -.068 | .040 | .011 |
| | Sig.(bilateral) | .492 | .687 | .915 |
| Miedo al propio proceso de morir | Pearson | -.056 | .071 | -.039 |
| | Sig.(bilateral) | .572 | .476 | .697 |
| Miedo a la muerte de otros | Pearson | -.086 | -.133 | .038 |
| | Sig.(bilateral) | .389 | .179 | .703 |
| Miedo al proceso de morir de otros | Pearson | -.047 | -.067 | .186 |
| | Sig.(bilateral) | .636 | .502 | .060 |

5.3.4. Miedo a la muerte versus resiliencia

La tabla 16 recoge el nivel de influencia de la resiliencia sobre el miedo a la muerte.

- Los niveles de competencia personal y el miedo a la muerte guardan una correlación inversa y poco intensa. No existe significación estadística y por lo tanto, se deduce que no presentan relación entre sí.
- Entre el área de aceptación y el miedo a la muerte hay una relación inversa, débil y no significativa estadísticamente. Así que, no existe una relación entre ambas variables.

Tabla 16
Correlación entre el miedo a la muerte y los factores de la resiliencia

| | Correlación | Competencia personal | Aceptación |
|------------------------------------|-----------------|----------------------|------------|
| TOTAL: MIEDO A LA MUERTE | Pearson | -.069 | -.117 |
| | Sig.(bilateral) | .486 | .239 |
| Miedo a la propia muerte | Pearson | .004 | -.045 |
| | Sig.(bilateral) | .972 | .649 |
| Miedo al propio proceso de morir | Pearson | -.077 | -.134 |
| | Sig.(bilateral) | .438 | .176 |
| Miedo a la muerte de otros | Pearson | -.052 | -.064 |
| | Sig.(bilateral) | .603 | .524 |
| Miedo al proceso de morir de otros | Pearson | -.110 | -.149 |
| | Sig.(bilateral) | .270 | .132 |

6. DISCUSIÓN

El estudio desarrollado obtuvo una tasa de participación del 60.6%. La categoría que más participó fueron las enfermeras (100% de la población) y la que menos los profesionales celadores y TCAEs (31%). La participación de los médicos estuvo en el 54.3%. Tras estos datos se establecen el resto de valoraciones:

Características de la muestra en base a las variables socio demográficas

Observando los resultados de la muestra y teniendo en cuenta el sexo, el mayor porcentaje de participación fue de las mujeres, siendo esta una tendencia habitual tanto en el ambiente profesional sanitario como en las formaciones académicas previas al desarrollo laboral (Colell Brunet, 2005; Hart, Brannan, y De Chesnay, 2014; Martínez Delgado, 2012; Sevillano Marcos, Cantero Santamaría, Alonso-Valle, Barbero Lago, y Ruiz Núñez, 2017).

En cuanto a la media de la edad de los profesionales del servicio de urgencias del CAULE es de 38.28 años, evidenciándose una similitud con otros estudios realizados en muestras similares (Martínez-Segura et al., 2017; Rísquez, Fernández, y Sánchez-Meca, 2011).

Otra de las variables sociodemográfica son los años trabajados en el servicio de urgencias. El 31.1%, el mayor de los porcentajes, son los profesionales con más de 15 años de experiencia laboral. Ninguno de los trabajos revisados coincide entre sí en el número de años trabajados (Bernaldo De Quirós et al., 2014; Cárdaba García, 2013; Carrillo-García, Solano-Ruíz, Martínez-Roche, y Gómez-García, 2013). Esta variable se ve claramente influenciada por las políticas de contratación, periodos en los que se realice la encuesta (estivales, mayor nº de contratos eventuales), etc. En este trabajo se realizó la recogida de datos durante los meses de abril y mayo, y por ello los datos obtenidos reflejan la realidad de configuración de plantillas de este servicio, sin que estos puedan ser extrapolados ni comparados con los revisados.

En este sentido, la variable de la categoría laboral, a pesar de no ser estudiada directamente, refleja datos acordes con lo dicho anteriormente, ya que se sabe que el nº de enfermeras que forman parte de las plantillas de las unidades o servicios de hospitales públicos, siempre es superior a la de cualquier otra categoría laboral.

Respecto a la formación el dato más significativo para este estudio es comprobar que dentro de la categoría de las enfermeras existen 7 que han realizado estudios de

máster, lo que indica una continuidad en su desarrollo tanto a nivel clínico-profesional como académico. Esta cuestión claramente está relacionada con las nuevas posibilidades que recientemente Bolonia y la integración en el Espacio Superior Europeo ha proporcionado a este colectivo, abriendo los medios para poder continuar una vez desarrollado el grado, con la carrera académica a través de máster y doctorado (Lora-López, 2008).

Sobre el perfil de la muestra

Un 35% de los profesionales se consideran moderadamente espirituales y un 35.9% sienten su espiritualidad como alta. A pesar de no poder contrastar resultados dado que ni los instrumentos de medición son comparables, ni las muestras son semejantes y que existen pocos estudios que valoren las creencias, fe y espiritualidad de dichos profesionales, este trabajo ha querido mencionar esta variable debido a que correlaciona de forma inversa, aunque de forma débil con el miedo y ansiedad ante la muerte. En líneas de investigación parecidas se exponen los mismos resultados justificando la ausencia o la débil relación por un error metodológico. Todos ellos coinciden en que se debería diferenciar la espiritualidad y la religiosidad e incluir una breve explicación en los cuestionarios (Espinoza y Sanhueza, 2012; Tomás- Sábado y Gómez-Benito, 2003).

En relación a la experiencia en el acompañamiento de personas en duelo y/o proceso final de la vida los resultados obtenidos no se pueden comparar con otros estudios de muestras similares por no haber encontrado ni estudios ni cuestionarios que exploren estos mismos aspectos en muestras con profesionales. En este sentido, la referencia para comparar se tiene en los estudios realizados con estudiantes de enfermería en la Universidad de León del Grupo de Innovación docente CuidaS a partir del Programa de Ayuda a la Innovación Docente (PAGID 2015) en el cual, igualmente, está inscrita esta investigación. En esta situación y como era de esperar las medias alcanzadas de experiencias en acompañar a enfermos terminales y sus familias son muy superiores en los profesionales (López-Alonso, Fernández-Martínez, et al., 2016).

Lo mismo ocurre con el estudio de la percepción sobre si se sienten preparados clínica y emocionalmente para cuidar a enfermos terminales. Es curioso observar que, en este caso, las medias obtenidas por los profesionales están entre 3 y 4, siendo mayores siempre las obtenidas por los hombres que por las mujeres, y estos datos coinciden con las percepciones que tienen los estudiantes tanto en medias como en el sexo ((López-Alonso, Fernández-Martínez, et al., 2016).

Formación académica específica

Conocer el grado de formación académica específica

Analizando la formación específica en cuidados del enfermo terminal, un 67% la han adquirido durante su experiencia laboral. Esto se expresa igualmente en la formación de la inteligencia emocional y resiliencia, es decir que la mayoría de los profesionales adquieren conocimientos sobre estas materias a lo largo de su desarrollo laboral. Resaltar que, existe un nº importante de profesionales que no tienen ninguna formación en resiliencia e inteligencia emocional. Se constata en numerosos artículos la necesidad de la formación en estos términos e incluso su incorporación en los planes docentes de la formación académica (Arrogante et al., 2015; Howe et al., 2012; Pérez Sánchez y Marcela, 2015; Peters et al., 2013), pero no el nivel de formación que tiene los sanitarios en dichas materias. Sólo Mealer et al. (2014) incluye la valoración de la formación en resiliencia en personal sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos y los resultados del estudio demuestran a pesar de no ser significativos, las enfermeras del grupo de intervención en comparación con las del grupo control tuvieron una tendencia de mejora en el desarrollo de resiliencia (38% vs. 21%).

Sin embargo, hay que indicar que la formación en cuidados paliativos y el enfermo terminal sí está presente en los propios planes de estudio de muchos profesionales de la salud (Valles Martínez y García Salvador, 2013; Vaquero Cruzado y Centeno Cortés, 2014), justificando que un 47.5% de la muestra manifestara haber obtenido los conocimientos específicos durante su formación académica.

En relación con la percepción de los conocimientos sobre aspectos puntuales del cuidado paliativo, decir que los datos obtenidos ponen de relieve que se siguen priorizando los cuidados físicos en relación con los emocionales, sociales y espirituales (Pérez Vega y Cibanal Juan, 2011), a pesar de las indicaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014). Sin embargo, estos profesionales mantienen las prioridades sobre el control del dolor y la comunicación con el enfermo y su familia, que son junto con los aspectos psicosociales y espirituales el trípode donde se apoyan estos cuidados según esta misma guía. Igualmente consideran importante dar una información acorde a la situación del paciente tanto a éste como a la familia coincidiendo con la mayoría de las guías y artículos que abordan este tema (Martí, 2014). En relación con la importancia que los profesionales le dan al contacto físico o haptonomía, esta está contemplada dentro de la comunicación no verbal (Moreno-Zazo y Pedro Olivé, 2007), y no se han encontrado artículos que la exploren en los mismos términos que se hace

en este estudio. Se deberá seguir profundizando en este tema. Aun así, llama la atención que los profesionales manifiesten que si se transmite confianza y tranquilidad a través de ella y nieguen que igualmente se puede transmitir miedo y desconfianza. De ahí la importancia de seguir explorando en este tema. En este mismo sentido están las reflexiones que se realizan en torno las creencias personales, actitudes y punto de vista como variables que influyen directamente en las decisiones que toman los profesionales. De nuevo falta información documentada sobre este perfil, aunque diferentes profesionales como Fidel Delgado (Psicólogo Clínico) y Antonio Ramos (Director del Máster Universitario de Cuidados Paliativos de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios" de la Universidad Pontificia Comillas) defienden que el arte de acompañar en el final de la vida comienza por conocerse y saber cuidar de uno mismo, y para ello se hace necesario un trabajo sobre la aceptación de la propia muerte, si se quiere acompañar de forma integral en la muerte del otro.

Todo ello confirma la hipótesis de presentar bajos niveles de preparación académica de resiliencia e inteligencia emocional y más elevado en cuidados paliativos.

Grado de miedo percibido por los profesionales del servicio de urgencias del CAULE

Los profesionales sienten un nivel "medio-bajo" de miedo y preocupación ante la muerte. En este estudio los resultados indican mayor ansiedad por parte de los hombres contrastando con la mayoría de las investigaciones que reflejan que las mujeres son las que poseen mayor ansiedad y preocupación ante la muerte tanto en muestras con profesionales como con estudiantes de enfermería. Interesa seguir estudiando en profundidad este tema y contrastarlo con mayores muestras profesionales y diferentes contextos, ya que estos resultados abren un debate en torno a las explicaciones sobre este fenómeno que hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba como universal (Edo-Gual, Tomás-Sábado, y Aradilla-Herrero, 2011; Pollak, 1980).

De la misma forma los resultados obtenidos en la muestra de profesionales con experiencia clínica contrastan con los de los estudiantes, ya que los primeros muestran menor miedo ante la "muerte de los otros" que estos, quienes obtienen las mayores medias en esta categoría y por tanto el mayor miedo en relación con los parámetros que mide esta escala (Buceta-Toro, Muñoz-Jiménez, Pérez-Salido, Díaz-Pérez, y Chamorro-Rebollo, E Giménez-Fernández, 2014; Espinoza y Sanhueza, 2012; Mondragón-Sánchez, Torre-Cordero, Morales-Espinoza, y Landeros-Olvera,

2015). Esta situación parece razonable imputándosela a los años de experiencia clínica que tienen los profesionales.

En la única subescala donde la mujer arroja mayores niveles de ansiedad es en el “proceso de morir de otros”, siendo significativas estas diferencias a nivel estadístico y por lo tanto, para esta escala se obtienen datos similares a los estudios analizados (Edo-Gual et al., 2011; Linares Manrique, 2015; Tomás- Sábado y Gómez-Benito, 2003).

Por todo ello, podemos confirmar, en parte, la hipótesis de que los profesionales presentan niveles medios de ansiedad, dado que los datos reflejan que son medios-bajos. Lo mismo ocurre con la segunda parte de la hipótesis, ya que se han encontrado diferencias significativas respecto al sexo para la subescala de “miedo al proceso de morir de los otros” y por tanto se confirma solo en parte la hipótesis planteada.

Grado de inteligencia emocional y resiliencia

La inteligencia emocional es estudiada conjuntamente con variables como la ansiedad y depresión ante la muerte, el burnout, el engagement y con menor frecuencia con la resiliencia (Espinoza y Sanhueza, 2012; Extremera-Pacheco et al., 2007; Rubio Martín, 2016). En este trabajo se incluyen algunas de estas variables y los participantes obtuvieron buenos niveles de inteligencia emocional en las tres áreas valoradas. Tanto la “atención a los sentimientos” como la “comprensión y la capacidad de recuperación”, estuvieron dentro de los rangos preestablecidos como “adecuados”. Dado que no se han encontrado líneas de investigación de ésta variable en los servicios de urgencias, es por lo que se ha abierto el abanico a muestras distintas para poder comparar (Colell Brunet, 2005; Javadi, Saeed, Nir, y Nouri, 2013; Martínez Soriano, 2016; Rubio Martín, 2016).

Sobre la resiliencia, los profesionales objeto de este estudio se sienten con niveles medios y altos para superar las circunstancias traumáticas y dolorosas que se viven en el servicio de urgencias; en la actualidad, hay investigaciones que valoran la resiliencia a nivel hospitalario, pero solo se ha encontrado una investigación referente al servicio de urgencias en concreto y donde la muestra presenta niveles medios de resiliencia (García Martínez, 2014). En otro de los artículos revisados la muestra, todo el personal enfermero de Hospital de Fuenlabrada, presenta niveles altos de resiliencia (Arrogante et al., 2015).

Por lo tanto, los resultados obtenidos, arrojan la confirmación de la hipótesis planteada: los profesionales que prestan sus servicios en urgencias tienen altos niveles de inteligencia emocional y de resiliencia.

Relación entre el miedo a la muerte con la inteligencia emocional y resiliencia

Sobre la relación con la IE, como se ha comentado previamente, la inclusión en investigaciones de estas dos variables desde un punto de vista descriptivo es frecuente y tras ello la correlación que guardan entre sí. Este hecho tiene sentido ya que el observar a los profesionales sanitarios como viven las emociones, como las sienten, las regulan o las comprenden ante procesos del final de la vida pueden ayudar a conocer la salud de los trabajadores e incluso la calidad de sus cuidados.

En el presente estudio el miedo ante la muerte se relaciona con la atención y la comprensión de forma inversa y con el área de la regulación de manera positiva pero siempre existe una asociación débil. Esto expresa que en esta muestra a mayor atención y comprensión de los sentimientos, menor ansiedad y que a mayor regulación de los sentimientos mayor ansiedad. Estos hallazgos difieren de los encontrados en otros estudios que presentan relaciones inversas en comprensión y regulación, y a la vez, una relación demasiado positiva con la atención, sugerentes de que una excesiva atención a los sentimientos, podría aumentar la ansiedad ante la muerte (Colell Brunet, 2005; Espinoza y Sanhueza, 2012; Fernandez-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2002) . Estos datos no son los esperados y hacen rechazar la hipótesis poniendo de relieve la necesidad de profundizar en el tema.

Si tenemos en cuenta la correlación del miedo con la resiliencia, la muestra determina que a menores niveles de resiliencia mayor ansiedad ante la muerte. Es la relación esperada, a pesar de ser débil, confirmando así nuestra hipótesis. Existen autores que hablan de la importancia de la resiliencia y estrategias de afrontamiento como factor protector de la ansiedad o depresión en diferentes sujetos (Min, Lee, Lee, Lee, y Chae, 2012; Ornelas Tavares, 2016; Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza, 2012) pero muy pocos relacionan estas dos variables en los profesionales de la salud.

Limitaciones

Es necesario tener en cuenta que en el desarrollo del estudio se han presentado las siguientes limitaciones:

La primera de ellas es la diferencia del número entre hombres y mujeres que han participado. Buscar una muestra más homogénea podría llevar a cambiar alguno de los resultados obtenidos.

Haber tratado de no incluir la variable categoría profesional para valorar a los profesionales del servicio de urgencias como equipo multidisciplinar y sus resultados en conjunto, ha limitado posibles resultados que tras el estudio se manifestaron de interés: por ejemplo, conocer que categorías presentan mayor ansiedad, mayor inteligencia emocional o mayor resiliencia. Este sesgo sobre todo se da con los TCAE y Celadores.

Otra de las limitaciones expresada por alguno de los profesionales fue el tiempo que necesitaron para realizar el cuestionario, considerándolo demasiado extenso.

Sólo uno de los profesionales de la muestra comentó la intensidad del contenido y por ello el desgaste emocional que le supuso pudiendo llevar a la alteración de sus respuestas.

Futuras líneas de investigación

Teniendo en cuenta y subsanando las limitaciones encontradas, replicar el trabajo en otros centros hospitalarios, primero de la Comunidad de Castilla y León (privados y públicos) y posteriormente de otras comunidades (Galicia, Aragón y Cataluña, Madrid y Andalucía).

CONCLUSIONES

Finalmente, de los resultados obtenidos se puede concluir que:

- La muestra ha sido mayoritariamente femenina, con una media de edad de 38.28 y con una experiencia laboral de más de 15 años.
- En relación a la espiritualidad, los profesionales del servicio de urgencias la autoperciben como moderada-alta.
- Existe una mayor percepción por parte de los hombres, sobre sentirse preparados clínica y emocionalmente para cuidar a enfermos terminales.
- La formación en cuidados del enfermo terminal, inteligencia emocional y resiliencia se adquiere principalmente durante su trayectoria laboral. Destacar que la única formación específica adquirida por los profesionales durante su desarrollo académico es la de los cuidados en el enfermo terminal.

- En referencia a los conocimientos en cuidados paliativos, se priorizan los cuidados y tratamientos físicos por encima de los emocionales y sociales. Esto contrasta con la importancia que da la muestra al control del dolor y la comunicación con el enfermo y su familia.
- El miedo ante la muerte se expresa como un nivel medio-bajo por parte de los profesionales siendo los hombres los que mayor grado de preocupación sienten a pesar de no existir relación significativa.
- Existe un buen nivel de inteligencia emocional en la muestra, al igual que de resiliencia con resultados altos en sus dos factores.
- No presenta una correlación significativa el nivel de formación con respecto al miedo a la muerte, la inteligencia emocional y resiliencia.
- Se presenta una relación del miedo ante la muerte con la atención y la comprensión de forma inversa y con el área de la regulación de manera positiva a pesar de ser una asociación débil en todas las áreas de la inteligencia emocional.
- Finalmente, como se esperaba, los profesionales manifiestan que a menor nivel de resiliencia mayor miedo ante la muerte.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Arrogante, O. (2014). Medición de la resiliencia entre el burnout y salud en el personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 25(15), 283-89.
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., y Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: Relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 25(2), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009>
- Asencio Huertas, L., Allende Pérez, S. R., y Verastegui Avilés, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920
- Becoña. (2006). Resiliencia: Definición, Características Y Utilidad Del Concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. <https://doi.org/ISSN 1136-5420/06>
- Bernaldo De Quirós, M., Cerdeira, J. C., Gómez Gutierrez, M. del M., T. Piccini, A., Crespo, M., y Labrador, F. J. (2014). Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias*, 26(3), 171-178. Recuperado a partir de <https://www.researchgate.net/publication/262969045>
- Bobes García, J., Díaz Suarez, J., González G-Portilla, P., Miera Solana, G., Ordóñez Fernández, F., y Rodríguez Díaz, F. J. (1991). Aspectos psicopatológicos y actitud ante la muerte. *Anales de psiquiatría*, 7(8), 326-322.
- Busquet Durán, X., y Pujol Sabanes, T. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*, 8(3), 116-119.
- Cabral-Gallo, M. C., Delgadillo-Hernández, A. O., Jiménez-Alzaga, N. L., Delgado-Hernández, S., y Sánchez-Zubieta, F. A. (2014). Estrategias de afrontamiento del equipo multiprofesional ante la muerte del paciente pediátrico con cáncer. *TRILOGÍA. Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 6(11), 115-129.
- Cárdaba García, V. (2013). Factores desencadenantes de estrés en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias. Trabajo Fin de Máster. Recuperado a partir de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/17710>
- Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. del C., Martínez-Roche, M. E., y Gómez-García,

- C. I. (2013). Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1314-1320. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3224.2369>
- Colell Brunet, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado a partir de <http://ddd.uab.cat/record/38526>
- Cyrulnik, B. (2013). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Debolsillo Clave.
- Dadfar, M., Lester, D., y Bahrami, F. (2016). Death Anxiety , Reliability , Validity , and Factorial Structure of the Farsi Form of the Arabic Scale of Death Anxiety in Iranian Old-Aged Persons. *Journal of Aging Research*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2906857>
- Díaz Suárez, I. (2012). Nivel de Burnout de los profesionales de enfermería que trabajan en el Servicio de Urgencias Generales. Trabajo Fin de Máster. Recuperado a partir de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/4036>
- Domínguez, V. (2003). El miedo en Aristóteles. *Psicotherma*, 15(4), 662-666.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., y Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.01.007>
- Elola, J. (2016, marzo 27). «Nadie sabe definir la felicidad». EL PAIS.
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N., y Sáez-Carrillo, K. (2015). A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535>
- Espinoza, M., y Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607-613. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
- Extremera-Pacheco, N., Durán, A., y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout , engagement y estrés en estudiantes

- universitarios. *Revista De Educación*, 239-256.
- Fernandez-Berrocal, P., y Extremera-Pacheco, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3), 755-757.
- Fletcher, D., y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*, (18), 12-23.
- García-Solís, B., Graujo-Nava, E., García-Ferer, V., y García-Hernández, M. de L. (2013). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Revista Horizontes*, 5(2), 47-59.
- García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., y Dias, P. C. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 16(1), 59-68.
- García Martínez, L. (2014). Resiliencia y personalidad en el personal de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias del Principado de Asturias. Trabajo Fin de Máster.
- Goldberg, B. (1998). *Morir en paz*. Barcelona.
- Goldhagen, B. E., Kingsolver, K., Stinnett, S. S., y Rosdah, J. A. (2015). Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Dove Press Journal : Advances in Medical Education and Practice*, 6, 525-532.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional* (Kairós). Barcelona.
- Gómez-Martínez, S., Ballester-Arnal, R., Gil-Julia, B., y Abizanda-Campos, R. (2015). Ansiedad , depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos Introducción Método. *Anales de psicología*, 31, 743-750. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
- Hart, P. L., Brannan, J. D., y De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>

- Howe, A., Smajdor, A., y Stöckl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training, 349-356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x>
- Javadi, M., Saeed, Y., Nir, M. S., y Nouri, J. M. (2013). Assessment and comparison of Emotional Intelligence of Nurses in General and Intensive Care Units. *Iran J Crit Care Nurs*, 5(4), 214-221. Recuperado a partir de <http://inhc.ir/article-1-501-en.pdf>
- Kemper, K. J., Mo, X., y Khayat, R. (2015). Are Mindfulness and Self-Compassion Associated. *Journal of alternative and complementary medicine*, 21(8), 496-503. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0281>
- Kübler-Ross, E. (2011). *Questions and Answers on Death and Dying: a companion volume to On death and dying* (Simon and). Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=PMwuRXp1byAC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Questions+and+answers+on+death+and+dying:+A+companion+volume+to+on+death+and+dying+SimonandSchuster.&ots=KF8Ny45hfu&sig=W6uS5RhNqa6_9cTkLJI0mICEw5Y
- Kumar, S. (2016). Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*, 4(3), 37. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>
- Lester, D., y Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale: a correction. *Death Studies*, 27(1), 81-85. <https://doi.org/10.1080/07481180302873>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., y Fernández-Castro, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 29-41.
- Linares Manrique, M. (2015). Ansiedad, afrontamiento, miedo y conocimientos ante la muerte de estudiantes de enfermería de la península de Yucatán, 1. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=57735>
- López-Alonso, A. I., Fernández-Martínez, M. E., Liébana-Presa, C., Vázquez-Casares, A. M., Castro González, M. P., y Casares-González, P. (2016). Los juegos de adulto, una herramienta didáctica en la educación superior. Una experiencia en la asignatura de cuidados paliativos de enfermería. *Libro de actas de EDUNOVATIC 2016 - I Congreso Virtual Internacional de Educación, Innovación y TIC.*, 79-90.
- López-Alonso, A. I., López-Aguado, M., Fernández-Martínez, M. E., Liébana-Presa, C., y Gutiérrez-Provecho, L. (2016). Los enfoques de aprendizaje, el engagement, el

- ocio y el rendimiento anterior. Propuesta de un modelo. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 68(2). <https://doi.org/10.13042/Bordon.2016.40940>
- Lora-López, P. (2008). Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la Investigación en Enfermería. *Index de Enfermería*, 17(2), 85-86.
- Martí, G. C. (2014). *Miedo a morir: estudio experimental de las repercusiones de la angustia ante la muerte en población joven; aplicaciones en procesos de fin de vida*. Universidad de Granada.
- Martínez-Segura, E., Lleixà-Fortuño, M., Salvadó-Usach, T., Solà-Miravete, E., Adell-Lleixà, M., Chánovas-Borrás, M. R., y Mora-López, G. (2017). Nivel competencial y factores relacionados de los profesionales que realizan triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *EMERGENCIAS*, 29(3).
- Martínez Delgado, A. (2012). «Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias Generales del área IV del Principado de Asturias», 1-46. Trabajo Fin de Máster.
- Martínez Soriano, M. (2016). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. Trabajo Fin de Máster. Recuperado a partir de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84866896395&partnerID=tZOtx3y1>
- Mayer, J., y Salovey, P. (1997). «*What is emotional intelligence?* (.): Emotio).
- Maza Cabrera, M., Zavala Gutiérrez, M., y Escobar, J. M. (2009). Actitud Del Profesional De Enfermería Ante La Muerte De Pacientes. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 39-48. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>
- McGee, E. M. (2006). The healing circle: resiliency in nurses. *Issues in mental health nursing*, 27(1), 43-57. <https://doi.org/10.1080/01612840500312837>
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., y Moss, M. (2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 23(6), no pagination. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Min, J.-A., Lee, N.-B., Lee, C.-U., Lee, C., y Chae, J.-H. (2012). Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *Journal of affective disorders*, 137(1), 61-69.

- Mora Mérida, J. A., y Martín Jorge, M. L. (2007). La Escala de Inteligencia de Binet y Simon (1905) su recepción por la Psicología posterior. *Revista de historia de la Psicología*, 28(1905), 307-313.
- Moreno-Zazo, M., y Pedro Olivé, A. (2007). Comunicación en la interacción oncólogo-paciente. *JANO*, 1634, 44-47. Recuperado a partir de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1634/44/1v0n1634a13097504pdf001.pdf>
- Moscone, R. O. (2012). El Miedo y sus Metamorfosis. *Psicoanálisis XXIV*, (1), 53-78.
- Näppä, U., Lundgren, A., y Axelsson, B. (2016). The effect of bereavement groups on grief , anxiety , and depression - a controlled , prospective intervention study. *BMC Palliative Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0129-0>
- Nikolau, I., y Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10(4), 327-342.
- Ornelas Tavares, P. E. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*, 26(2), 177-184.
- Pacheco Pérez, L. A., Berumen Burciaga, L. V., López López, M. V., y Molina Seañez, A. O. (2013). Resiliencia en el Profesional de Enfermería que Cuida a Personas en Proceso de Morir. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(2), 1-7. Recuperado a partir de <http://0-www.index-f.com.catoute.unileon.es/ene/7pdf/7207.pdf>
- Patilla Vila, C. (2011). *Ansiedad , depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Pérez Sánchez, L., y Marcela, R. de Á. (2015). Taller«Construir la resiliencia en educación superior»: un abordaje basado en la propuesta de Henderson y Milstein. *Educatconciencia*, 8(9), 40-52.
- Pérez Vega, M. E., y Cibanal Juan, L. (2011). Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. *Custura de los Cuidados*, 30, 52-59. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.13>
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*, 7, 14-21.

<https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>

- Pollak, J. M. (1980). Correlates of Death Anxiety: A Review of Empirical Studies. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 10(2), 97-121. <https://doi.org/10.2190/4KG5-HBH0-NNME-DM58>
- Puerto, J. L. (1990). *Ritos festivos*. Salamanca.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3840279.pdf> <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3840279>
- Ramírez-Osorio, P., y Hernández-Mendoza, E. (2012). Resiliencia familiar , depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza, 20(2), 63-70.
- Ríos Ríquez, M. I., Carrillo García, C., y Sabuco Tebar, E. de los Á. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.
- Rísquez, M. I. R., Fernández, C. G., y Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Rivers, S. E., Brakkett, M. A., Salovey, P., y Mayer, J. D. (2007). Measuring Emotional Intelligence as a Set of Mental Abilities. *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns*, 230-55.
- Robles Sánchez, J. I. (2013). Resiliencia y vulnerabilidad: intrínsecos al ser humano. *International Scientific Journal*, (2), 3-9.
- Rubio Martín, M. J. (2016). *Implicaciones de la inteligencia emocional en los constructos de resiliencia y satisfacción vital* (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha. Recuperado a partir de <https://www.dropbox.com/s/yt3u9i6otw2nga1/93.pdf>
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., y Mayer, J. D. (1999). *Coping intelligently*. New York: Coping: The psychology of what works.
- Salovey, P., y Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and*

Personality, 9(3), 185-211. <https://doi.org/https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(40).

Sevilla-Casado, M., y Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300003>

Sevillano Marcos, A., Cantero Santamaría, J. I., Alonso-Valle, H., Barbero Lago, M. C., y Ruiz Núñez, M. (2017). Implantación de una actividad de formación médica continuada y evaluación de su calidad en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Cantabria. *Educación Médica*, 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.007>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*.

Stoddart, W. (2002). *El induismo*. Barcelona.

Sztejman, C. (2010). Estrés psicosocial y baja resiliencia. Un factor de riesgo para hipertensión arterial. Relaciones entre la hipertensión arterial y psicoanálisis. *Revista argentina de cardiología*, 78(5), 398-399.

Tomás- Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología y Aplicaciones*, 56(3), 257-279.

Urrutia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.

Valdebenito, E., y Loizo, J. M. (2009). Resiliencia: una mirada cualitativa, (19), 195-206.

Valles Martínez, P., y García Salvador, I. (2013). Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Medicina Paliativa*, 20(3), 111-114.

Vaquero Cruzado, J. A., y Centeno Cortés, C. (2014). Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Medicina Paliativa*, 21(1), 3-8.

Villagrán-García, E. F., Hurtado-López, E. F., Vasquez-Garibay, E. M., Troyo-Sanromán, R., Aguirre-Salas, L. M., Larrosa-Haro, A., y León-Robles, R. V. (2015). Introduction of Pasteurized/Raw Cow'S Milk During the Second Semester of Life As a Risk Factor of Type 1 Diabetes Mellitus in School Children and Adolescents. *Nutricion hospitalaria*, 32(n02), 634-637. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.2.9247>

Villalobos Torres, M., y Castelán García, E. (2006). Resiliencia:el arte de navegar en los torrentes. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 8, 287-300.

Wagnild, G. M. (2009). The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale. *Resilience Center*.

ANEXO I

LA ACTITUD ANTE LA MUERTE DE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LEÓN (CAULE)

Estimado compañero,

Solicito tu colaboración para completar una encuesta con motivo de un estudio de investigación.

OBJETIVO:

Analizar las actitudes y emociones en los profesionales del servicio de urgencias del Hospital Universitario León ante la muerte y el enfermo terminal.

CONFIDENCIALIDAD:

La encuesta es totalmente anónima.

INSTRUCCIONES:

En las siguientes hojas podrás leer y responder un cuestionario que consta de 24 preguntas repartidas en varios apartados:

- 1 Datos personales
- 2 Escala de temor/miedo a la muerte de Collett-Lester modificada por López
- 3 Datos relacionados con los cuidados paliativos, las personas en proceso final de su vida física y muerte
- 4 Cuestionario sobre la inteligencia emocional (TMMS-24)
- 5 Escala de Resiliencia (ER-14)

TIEMPO ESTIMADO:

La realización del mismo te llevará alrededor de 20 minutos.

CONOCER RESULTADOS:

Una vez terminado el cuestionario, si lo deseas, quedas invitado a conocer más información sobre el trabajo, los objetivos o cualquier otra aclaración. Mi correo de contacto es:

denmqi00@estudiantes.unileon.es

Se ruega la máxima sinceridad para evitar la falsedad y alteración en los resultados del estudio

MUCHAS GRACIAS POS SU COLABORACIÓN

DATOS PERSONALES

1. Género

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Hombre
- Mujer

2. Edad

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- 21-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- 61-65 años
- Más de 65 años

3. Años de trabajo en el servicio

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- 0-2 años
- 2-5 años
- 5-10 años
- 10-15 años
- Más de 15 años

4. Formación académica. Señale la opción u opciones que consideres que mejor describen tu situación académica.

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Formación profesional
- Diplomatura
- Grado
- Licenciatura
- Máster
- Doctorado
- Otros

5. Formación específica en el enfermo terminal

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Ninguna
- Formación a través de la experiencia laboral
- Formación recibida durante la carrera universitaria/ formación profesional profesional
- Curso on-line
- Curso presencial de menos de 100 horas
- Curso presencial de más de 100 horas
- Máster
- Otro:

6. Formación específica en la inteligencia emocional y resiliencia

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Ninguna
- Formación a través de la experiencia laboral
- Formación durante la carrera universitaria/formación profesional
- Curso on-line
- Curso presencial de menos de 100 horas
- Curso presencial de más de 100 horas
- Máster
- Otro:

7. Manifiesta tu grado de acuerdo con la siguiente opción.

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho (5) | Bastante (4) | Regular (3) | Poco (2) | Nada (1) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Entendiendo la espiritualidad como la relación con lo "Desconocido" (la Naturaleza, la Vida, mi Yo superior, Dios...), me considero un Ser Espiritual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ESCALA TEMOR/IEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER modificada por LÓPEZ

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices tiempo pensando tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor responda a tu sentimiento

8. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho (5) | Moderado (4) | Moderado (3) | Moderado (2) | Nada (1) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El morir solo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La brevedad de la vida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Todas las cosas que perderás al morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Morir joven | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cómo será el estar muerto/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No poder pensar ni experimentar nada nunca más | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La desintegración del cuerpo después de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El impacto emocional y sufrimiento que supone para tu familia y/o amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La posibilidad de tener vivencias negativas (sentir dolor, ser castigado...) durante la vida después de la muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en...?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho (5) | Moderado (4) | Moderado (3) | Moderado (2) | Nada (1) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La degeneración física y mental que supone el | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Mucho (5) | Moderado (4) | Moderado (3) | Moderado (2) | Nada (1) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| proceso de morir | | | | | |
| El dolor que comporta el proceso de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La degeneración mental del envejecimiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La pérdida de facultades durante el proceso de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tu falta de control sobre el proceso de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Impacto emocional, el sufrimiento y la carga de trabajo añadida a tu familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a LA MUERTE DE OTROS en...?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho (5) | Moderado (4) | Moderado (3) | Moderado (2) | Nada (1) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La pérdida de una persona querida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tener que ver su cadáver | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No poder comunicarte nunca más con él/ella | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lamentar no haberte llevado mejor con él/ ella cuando aún estaba viva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Envejecer sola/o, sin la persona querida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentirte culpable por el alivio provocado por su muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentirse solo/a sin él/ella | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Envidioso de que la persona esté muerta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en...?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho (5) | Moderado (4) | Moderado (3) | Moderado (2) | Nada (1) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tener que estar con alguien que se está muriendo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ver como la persona sufre dolor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Observar la degeneración física de su cuerpo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asistir al deterioro de sus facultades mentales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ser consciente de que algún día también tu vivirás la experiencia de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tener que ser él/la que le diga a esa persona que se está muriendo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

PERFIL DEL PROFESIONAL. EXPERIENCIA

12. ¿Has acompañado a alguna persona en el proceso final de vida física?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | SI | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Durante la residencia o en prácticas clínicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A un familiar muy cercano (padre, madre, hijo/a, hermano/a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A un familiar cercano (abuelos, tíos, primos...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A un amigo/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | |
|-------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO |
| Otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

13. ¿Has acompañado a alguna persona en el proceso de duelo, por la pérdida de un ser querido?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO |
| Durante la residencia o en prácticas clínicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A un familiar muy cercano (padre, madre, hijo/a, hermano/a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A un familiar cercano (abuelos, tíos, primos...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A un amigo/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yo, he vivido un duelo por la pérdida de una persona cercana y querida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Preparación/Valoración

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Mucho Bastante Regular Poco Nada

¿Te sientes preparada/o desde un punto de vista asistencial (conocimientos y habilidades clínicas), para trabajar con enfermos terminales?

¿Te sientes preparada/o desde un punto de vista emocional o psicológico, para trabajar con enfermos terminales?

15. ¿En qué medida consideras importante en el Cuidado de la Persona que está en proceso final de vida física, incluir tus actividades como profesional?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| De los aspectos Físicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De los aspectos emocionales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De los aspectos sociales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De los aspectos espirituales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16. Enfermo terminal. En las siguientes opciones, valora la importancia que tienen para ti:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El control del dolor del enfermo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La comunicación con el enfermo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La comunicación con la familia del enfermo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Darle información realista y verdadera al enfermo, sobre su situación de terminalidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Permanecer al lado del paciente, haciéndole compañía, el tiempo que precise | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Permitir a la familia que esté presente cuando se produzca el fallecimiento del enfermo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Que los profesionales estén presentes en el momento de la muerte del enfermo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Dolor, información, contacto. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A un enfermo terminal se le puede ayudar muy poco | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Es preferible ocultar al enfermo que se está muriendo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es preferible decirle a la familia la situación y ocultársela al enfermo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El enfermo debe conocer la verdad sobre su situación terminal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es muy importante informar al paciente y familia de cada una de las actividades que se le realizan al paciente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El enfermo tiene derecho a que se respete su voluntad de NO ser informado de su situación clínica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La falta de información sobre la situación real, que está viviendo el paciente, le produce tranquilidad, confianza y la seguridad de estar en buenas manos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La falta de información sobre la situación real, que está viviendo el paciente, le produce temor, desconfianza, abandono, menosprecio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El dolor es el síntoma más difícil de tratar en un enfermo terminal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La morfina utilizada como analgesia, en pacientes terminales, crea adicción | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Los tratamientos NO farmacológicos son terapias apropiadas, que mejoran la calidad de vida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El cuidado de la boca y el estreñimiento son cuidados secundarios en el enfermo terminal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tomar contacto de forma afectiva con el paciente, es decir, contactar físicamente con él, es un modo importante de comunicación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A través del contacto (tocar) los profesionales transmiten al enfermo y familiares confianza y serenidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A través del contacto (tocar) los profesionales transmiten al enfermo y familiares miedo y desconfianza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A través del contacto (tocar) los profesionales transmiten al enfermo y familiares esperanza y aprecio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A los familiares del enfermo terminal lo que más le preocupan son los cuidados emocionales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. Tu opinión. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes opiniones:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Es peligroso hablar mal de los muertos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo miedo a los muertos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo miedo a la muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo miedo a hablar de la muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En mi <u>entorno familiar</u> , hablar de la muerte y de los muertos es una práctica habitual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En mi <u>entorno de amigos</u> , hablar de la muerte y de los muertos es una práctica habitual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

19. Competencias. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me siento preparado/a para afrontar la muerte de un paciente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento capaz de manejar la muerte de otras personas cercanas a mí | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo ayudar a las personas a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me resulta fácil comunicarme con un enfermo moribundo y su familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sé cómo hablar con los niños de la muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento preparado/a para afrontar mi muerte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La forma en cómo afronto mi propia muerte influye en la forma en cómo afronto la muerte de los demás | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. Observación y escucha. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mi punto de vista influye en mis conductas en el hospital | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mis actos cotidianos están influidos por mi escala de valores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mis expectativas influyen directamente en la toma de mis decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mis prejuicios, inconscientemente, modifican mi conducta cotidiana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me distraigo habitualmente, incluso aunque me interese mucho el tema que se está tratando | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando estoy escuchando a una persona tiendo fácilmente a etiquetarla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me doy cuenta de que la realidad que vivo está basada en mis creencias | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CUESTIONARIO SOBRE INTELIGENCIA EMOCIONAL (TMMS-24)

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique, por favor, el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

21. Sección A

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Bastante de acuerdo | Algo de acuerdo | Nada de acuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Presto mucha atención a los sentimientos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Normalmente me preocupo mucho por lo que siento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pienso en mi estado de ánimo constantemente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A menudo pienso en mis sentimientos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presto mucha atención a cómo me siento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. Sección C

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Bastante de acuerdo | Algo de acuerdo | Nada de acuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tengo claros mis sentimientos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuentemente puedo definir mis sentimientos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Casi siempre sé cómo me siento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Bastante de acuerdo | Algo de acuerdo | Nada de acuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Siempre puedo decir cómo me siento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A veces puedo decir cuáles son mis emociones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo llegar a comprender mis sentimientos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23. Sección R

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Bastante de acuerdo | Algo de acuerdo | Nada de acuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupo por tener un buen estado de ánimo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo mucha energía cuando me siento feliz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ESCALA DE RESILIENCIA (ER-14)

Las siguientes afirmaciones están relacionadas con tu capacidad a sobreponerte ante situaciones adversas o que causan dolor. Indica según el grado de acuerdo o desacuerdo, cuál se aproxima más a tus sentimientos.

24. Resiliencia

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

| | Totalmente en desacuerdo | Desacuerdo | Poco en desacuerdo | Ni acuerdo ni desacuerdo | Poco de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Normalmente me las arreglo de una manera u otra | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento orgulloso de las cosas que he logrado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En general me tomo las cosas con calma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy una persona con una adecuada autoestima | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy resuelto y decidido | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy una persona disciplinada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pongo interés en las cosas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Totalmente en desacuerdo | Desacuerdo | Poco en desacuerdo | Ni acuerdo ni desacuerdo | Poco de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------------|------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------|---------------|--------------------------|
|--|--------------------------------|------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------|---------------|--------------------------|

La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

En una emergencia, soy alguien en quién la gente puede confiar

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Mi vida tiene sentido

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Has terminado. ¡Muchas gracias por tu colaboración!

ANEXO II



C/ Altos de Nava, s/n - 24071 León
Tel.: 987 23 74 00 - Fax 987 23 33 22 / gerent@hleo.sacyl.es



Dr. Armando Pérez de Prado, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica de León,

CERTIFICA:

Que en la reunión del Comité Ético de fecha 23-02-2016 se analizó el Estudio fin de máster: 1615.-
"La actitud ante la muerte de los profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital de León".
Investigadora Principal: Marta Quiñones Pérez, enfermera de la Unidad de Urgencias.

Que se acordó por unanimidad, al considerar correctos los aspectos metodológicos y éticos del Estudio, la aprobación de dicho Proyecto.

Y para que conste se expide el presente Certificado en León, a veintitrés de febrero de dos mil dieciséis.



Fdo.- Dr. Armando Pérez de Prado