UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, 2016-2017

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bionay Elizabeth Herrera Ayala

DIRECTORA:

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado y orientado en todas sus partes, el desarrollo de la tesis de investigación titulada: **NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, 2016-2017**, de autoría de la Srta. Bionay Elizabeth Herrera Ayala, misma que ha sido asesorada y monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica como estipula la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual autorizo su presentación, sustentación y defensa correspondiente.

Loja, 08 de Mayo del 2017

Atentamente,

.....
Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Bionay Elizabeth Herrera Ayala, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala

Firma:.....

Cedula: 1105088601

Fecha: 08 de Mayo del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Bionay Elizabeth Herrera Ayala, declaro ser autora de la tesis titulada **NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA , 2016-2017,** como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con los cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los ocho días del mes de Mayo del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma:.....

Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala
Cedula: 1105088601
Dirección: Azuay y José María Peña
Correo Electrónico: bionay1994eliha@hotmail.com
Celular: 0980659864

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.
Tribunal de grado
Presidente del tribunal: Lic. María del Cisne Agurto Erique, Mg. Sc.
Integrante: Lic. Balbina Enith Contento Fierro, Mg. Sc.
Integrante: Lic. Dolores Esperanza Auquilla Ortega, Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios por guiarme y darme la oportunidad de realizar esta investigación.

A la Universidad Nacional de Loja, Área de La Salud Humana, Carrera de Enfermería; por brindarme todos los elementos formativos para culminar este trabajo.

De manera especial a Mg. María Sánchez Castillo Directora de Tesis, por su motivación, apoyo constante y experiencia para asesorarme adecuadamente durante el desarrollo y culminación de la investigación.

Al Hospital Isidro Ayora de Loja, en especial al personal de Enfermería por su acogida y ayuda en la realización de la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA……. i
CERTICACIÓN…….....……. ii
AUTORÍA…….……... iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN…….……... iv
DEDICATORIA…….……... v
AGRADEDIMIENTO…….. vi
ÍNDICE……..……. vii
1. TÍTULO…….……. 1
2. RESUMEN……. 2
SUMMARY……... 3
3. INTRODUCCIÓN……..…… 4
4. REVISIÓN DE LITERATURA…….....……7
4.1. La Muerte…… ……. 7
4.2. Tipos de Muerte……. 7
4.2.1. Muerte clínica……..…….. 7
4.2.2. Muerte encefálica…….…….. 8
4.2.3. Muerte súbita……...…….…… 8
4.3. El significado de la muerte……..…….. 8
4.4. Miedo a la muerte…….....……. 8
4.5. La experiencia de pérdida, muerte y el duelo en el personal de enfermería….. 10
4.6. Concepto del Duelo…….....…… 11
4.7. Concepto de Ansiedad…… 12
4.7.1. Respuestas físicas……...…… 13
4.7.2. Respuestas de conducta…….....……. 14
4.7.3. Respuestas cognitivas…….. 15
4.7.4. Respuestas asertivas o sociales…….....……. 15
4.8. Neurobiología de la Ansiedad……....…… 16
4.9. Modelo Neuroanatómico de la Ansiedad…….....……. 16
4.10. Psicopatología de la ansiedad……..…… 17
4.11. Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico…….....…… 19

4.12. Actitudes frente a la muerte en profesionales de la salud…..…… 20
4.13. Escala de ansiedad de Hamilton (HAS)….....…….……. 22
4.14. Cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman……....…. 22
4.15. Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester…….….. 24
5. MATERIALES Y METODOS……. 25
6. RESULTADOS……. 29
7. DISCUSIÓN……. 34
8. CONCLUSIONES……... 37
9. RECOMENDACIONES…….. 38
10. BIBLIOGRAFÍA…… 39
11. ANEXOS…… 43

1. TÍTULO

NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, 2016-2017

2. RESUMEN

La ansiedad es una reacción emocional frente a un estímulo indefinido o amenaza no identificada. En situaciones en las que el paciente se encuentra en el proceso final de la vida, los cuidados deben dirigirse a favorecer una muerte tranquila, por ello es necesario que los profesionales de enfermería integren a la muerte como parte de la vida y no produzca ansiedad. Según la OMS, la ansiedad es la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia. La presente investigación es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, tuvo como objetivo identificar el nivel de Ansiedad en el personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" ante la muerte de los pacientes; participaron 130 personas entre personal auxiliar y profesional de Enfermería, se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton, escala de miedo a la muerte de Collett – Lester y el cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman. Los resultados obtenidos corresponde al nivel leve de ansiedad con 52%, la ausencia de ansiedad representado por 30%, moderado 11% y finalmente un 7% presenta ansiedad grave; las manifestaciones psíquicas que resaltan son: insomnio, miedo, la tensión y las somáticas los síntomas musculares, gastrointestinales y genitourinarios; en relación a las estrategias de afrontamiento al estrés la principal es la religión con el 38%, en segundo lugar está la focalizado en la solución del problema con el 35% y con menor porcentaje se encuentra la auto focalización negativa con el 2%. En conclusión el personal de Enfermería presenta nivel leve de Ansiedad ante la muerte de los pacientes.

Palabras clave: ansiedad ante la muerte, personal de Enfermería.

SUMMARY

Anxiety is an emotional reaction to an undefined stimulus or unidentified threat. In situations in which the patient is in the final process of life, the care should be directed to favor a quiet death, Therefore, it is necessary for nursing professionals to integrate death as a part of life and do not produce anxiety.

According to OMS, anxiety is the most prevalent psychiatric illness. The present investigation is a quantitative approach, descriptive, with the aim to identify the level of Anxiety in the Nursing staff of the Hospital "Isidro Ayora" before the death of the patients; 130 people participated among auxiliary and professional nursing staff, the Hamilton anxiety scale, Collett - Lester death fear scale and the Lazarus and Folkman stress coping questionnaire were used.

The obtained results correspond to the mild level of anxiety with 52%, the absence of anxiety represented by 30%, Moderate 11% and finally 7% have severe anxiety; The psychic manifestations that stand out are: insomnia, fear, tension and somatic muscular, gastrointestinal and genitourinary symptoms; In relation to the strategies of battle the stress, the main strategy is the religion with 38%, Secondly, it is focused on the solution of the problem with 35% and with less percentage is the Negative autofocalization with 2%. In conclusion, the Nursing staff presents a slight level of Anxiety before the death of the patients.

Key words: anxiety before death, nursing staff.

3. INTRODUCCIÓN

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, que se basa en siete criterios: la ausencia completa y permanente de consciencia; ausencia permanente de respiración espontánea; ausencia de toda reacción a los estímulos exteriores y a todo tipo de reflejos; la atonía de todos los músculos; fallo de la regulación térmica del cuerpo; el mantenimiento de la tonicidad vascular únicamente debido a la administración de analépticos vasculares; ausencia completa y permanente de la actividad eléctrica; generando actitudes y emociones, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida (Blai, 2015).

En los hospitales son los profesionales de enfermería los que más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de sus principales objetivos es el cuidado de ellos. En situaciones en las que el paciente se encuentra en el proceso final de la vida, los cuidados irán enfocados a favorecer una buena muerte, por ello es necesario que los profesionales de enfermería sepan integrar la muerte como parte de la vida y no les produzca ansiedad, por la posibilidad de intervenir sus propios miedos a la muerte.

Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pediátrica presentan niveles más altos de ansiedad que las de unidad de cuidados intensivos adultos, así como los profesionales con menor experiencia y aquellos que declaran no sentirse formados en el tema. La experiencia y la formación son elementos clave que ayudan a los profesionales a enfrentarse a la muerte, desde la gestión debemos asegurarnos que los pacientes en estadío terminal sean atendidos por profesionales con este perfil (Fernandez, 2010)

El 85% de los enfermeros reconocen los síntomas propios del duelo. La muerte de un paciente afecta “nada” a un 10 %, “solo ese día” un 70%, “varios días” a un 5 %, “a menudo”, a un 10% y “siempre” a un 5%. Con respecto a la edad del paciente que muere, el 100% de los encuestados admite que la escala de edades que más le afecta seria la siguiente en orden decreciente de afectación: adolescente, menor de 40 años, entre 40 – 65 años, entre 65 – 80 años, y por ultimo mayores de 80 años. El 80% de los enfermeros de urgencias reconocen no haber realizado el curso que ofrece nuestro centro. “el personal ante situaciones conflictivas”. Las enfermeras de urgencias reconocen los síntomas propios del duelo pero no les afecta tanto en su vida personal y familiar como en lo laboral. Reconocen que no realizan programas de formación específicos frente al afrontamiento de situaciones conflictivas (Castanedo, I. Suáres, C & Vivar, C, 2010).

Las enfermeras viven la muerte del otro, y piensan en la suya, influenciadas por emociones intensas que varían según la “aceptación” y evolución del proceso. Reconocen los temores, desencadenados por el cuidado, que les acompañan repercutiendo en su vida. El ámbito asistencial sociosanitario acoge unos niveles altos de ansiedad ante la muerte para las enfermeras. La pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir, son las situaciones más ansiógenas. Identifican los temores de manera clara, sin alejarse del cuidado y ofreciendo el apoyo psicoemocional como signo de identidad profesional (Sevilla, M & Ferre , C, 2013).

Teniendo en cuenta que en el ámbito de la salud es evidente la necesidad de abordar las emociones de los profesionales que pudieran influir en la calidad de cuidados, especialmente aquellas experiencias derivadas de procesos de muerte y duelo de pacientes se llevó a cabo la propuesta de investigación sobre el Nivel de Ansiedad ante la Muerte

de los pacientes, en el personal de Enfermería (130 participantes) del Hospital "Isidro Ayora" de Loja, en el periodo de Septiembre 2016 – Abril 2017.

Este trabajo de investigación se realizó con la finalidad de, determinar las manifestaciones psíquicas y somáticas que presentan el personal de Enfermería ante la muerte de sus pacientes y además señalar las estrategias que utilizan para afrontar adecuadamente el proceso de muerte de los pacientes.

La investigación fue factible realizarlo, ya que existió colaboración del grupo de estudio y de los directivos de la institución.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. La Muerte

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, que se basa en siete criterios: la ausencia completa y permanente de consciencia; ausencia permanente de respiración espontánea; ausencia de toda reacción a los estímulos exteriores y a todo tipo de reflejos; la atonía de todos los músculos; fallo de la regulación térmica del cuerpo; el mantenimiento de la tonicidad vascular únicamente debido a la administración de analépticos vasculares; ausencia completa y permanente de la actividad eléctrica.

Generando actitudes y emociones, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida (Blai, 2015).

Esta no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, no sólo biológico, sino también psicosocial, en que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa generalmente a la simple observación. Los profesionales de la salud que atienden pacientes moribundos pueden influir con intervenciones apropiadas en 2 procesos: en el proceso de morir, y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio (Grau, 2008).

4.2.Tipos de Muerte

4.2.1. Muerte clínica: se traduce como la ausencia de signos fisiológicos vitales, es decir, en atrofia o detención del sistema. El diagnóstico de

muerte clínica se basa en la análisis básico de observación y constancia de la ausencia de signos vitales mediante la aplicación directa de los sentidos y sin ayuda de otro tipo de instrumentación.

4.2.2. Muerte encefálica: es la demostración de ausencia absoluta de respuesta de las estructuras cerebrales o encefálicas a los estímulos correspondientes aplicándose tanto procedimientos clínicos como electrónicos o aquellos desarrollados por la tecnología que permitan apoyar en su demostración.

4.2.3. Muerte súbita: es aquella que acontece en forma brusca sin manifestaciones de dolor, su origen puede ser una patología ignorada o silenciosa, o bien en un hecho violento y mortal (Perusquia.M, 2004).

4.3.El significado de la muerte

Desde el vértice de la salud mental, la muerte es mucho más que un problema biológico: la muerte significa dejar de existir, algo que al ser humano le resulta difícilmente pensable. Requiere representarse la nada, el vacío, lo negativo, lo inexistente, lo que deja de ser. Figurativamente se ha mencionado con un tránsito a otro estado, un retorno al comienzo. Alude a lo perecedero, a lo que tiene término (Ferrari, 2008).

4.4.Miedo a la muerte

Para la mayoría de las personas la muerte genera actitudes como miedo y ansiedad. El miedo a la muerte es un concepto que está inserto en el proceso de morir, e incluye el miedo a la propia muerte y a lo que sucede después de ella. Se define como una reacción

emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o inmaginadas de la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena (Espinoza & Sanhueza, 2012).

Este fenómeno no deja ajenos a los profesionales de la salud en especial a enfermería, ya que conviven y trabajan en una cultura particular que los lleva a enfrentar de esa forma a la muerte. Hoy en día se oculta la muerte, lo que hace aún más difícil hacerle frente de modo natural. Los avances tecnológicos y científicos han complicado aún más este proceso, pues se utilizan para luchar a toda costa contra lo inevitable, la muerte.

Si la idea de la muerte propia es tan inverosímil, ¿qué lugar ocupa entonces el tan frecuente temor a la muerte? ¿Se puede, según una expresión corriente, estar muerto de miedo o peor, llega a morir de miedo? Se recuerdan casos de muerte Voodu donde una persona con una mentalidad primitiva al romper una prohibición puede pagar con su muerte. Frente a una intervención quirúrgica importante temores incontrolables de muerte pueden ser augurio de complicaciones postoperatorias sino son tenidas en cuenta.

Clásicamente frente al dolor del infarto cardiaco va acompañada de sensaciones descritas como la muerte inminente. Está ligada a la amenaza de fantasías primitivas de desintegración corporal del Yo que toman de vivencia de muerte propia (Ferrari, 2008).

Que una persona pueda sobrellevar experiencias traumáticas graves, como una enfermedad o una operación, con sus terrores consiguientes, el temor a la muerte entre otros, depende de la compañía interna y externa con que cuenta en la forma de objetos de

amor que lo amparen y protejan. Así puede atenuar el posible impacto desorganizaste de una enfermedad, tolerar el miedo a la muerte y en consecuencia mejorar el pronóstico.

El temor consciente a la muerte, tan común y difundido expresa miedos referidos, por ejemplo a fantasías claustrofóbicas o de castigo por el destino, representante de los padres que amenazan con equivalentes de la castración. En este sentido, la angustia de muerte puede cubrir otros miedos y estar reforzada desde sus raíces inconscientes (Ferrari,2008).

4.5. La experiencia de pérdida, muerte y el duelo en el personal de enfermería

Todo el mundo experimenta pérdidas, duelo y muerte en algún momento de su vida. Las personas pueden sufrir la pérdida de relaciones valiosas por cambios vitales como la mudanza de una ciudad a otra, la separación, el divorcio o la muerte de un progenitor, del cónyuge o de un amigo. Las personas pueden estar afligidas por los roles vitales cambiantes a medida que ven que sus hijos adultos abandonan el hogar o cuando se jubilan de su trabajo de toda la vida. La pérdida de objetos materiales valorados por robo o por un desastre natural puede evocar sentimientos de duelo y pérdida. Cuando las vidas de las personas se ven afectadas por luchas civiles o nacionales puede aparecer una situación de duelo por la pérdida de ideales valorados, como seguridad, libertad y democracia (Kozier & Erb, 2012).

En el contexto clínico, el profesional de enfermería encuentra pacientes que pueden estar experimentando duelo en relación con el deterioro de la salud, la pérdida de una parte del cuerpo, una enfermedad terminal o la muerte inminente del paciente o de otra persona importante. El profesional de enfermería también puede trabajar en contextos comunitarios con pacientes que se encuentran afligidos por pérdidas relacionadas con

crisis personales (p. ej., divorcio, separación, pérdidas económicas) o desastres (guerra, terremotos, terrorismo o huracanes). Por tanto, es importante que el profesional de enfermería conozca el significado de la pérdida y que desarrolle la capacidad de ayudar a los pacientes en su avance por el proceso del duelo.

Los profesionales de enfermería pueden interactuar con pacientes moribundos y con sus familias o cuidadores en diversos contextos, desde una muerte fetal (muerte de un niño no nacido) hasta la adolescente víctima de un accidente y el paciente anciano que finalmente muere por una enfermedad crónica. Los profesionales de enfermería deben reconocer las diferentes influencias sobre el proceso del morir (legales, éticas, espirituales, biológicas, psicológicas) y deben estar preparados para proporcionar una atención sensible, habilidosa y compasiva a todas las personas afectadas (Kozier & Erb,2012).

4.6. Concepto del Duelo

El duelo es la reacción psicológica, el dolor emocional que sentimos cuando hemos perdido a alguien importante en nuestras vidas. Por tanto, es un proceso normal por el que pasamos cuando hemos perdido a un ser querido y en el que tenemos que ir adaptándonos a una nueva realidad: la vida sin él o sin ella (Quiles.J, Castaño.M, Garcia.C, Aragón.M & Quiles.Y, 2007)

El duelo es un proceso normal cuya evolución, habitualmente, progresa hasta la superación. Podemos decir que hemos completado un duelo cuando somos capaces de recordar a nuestro ser querido sin sentir ese dolor tan intenso, cuando hemos dejado de vivir centrándonos sólo en el pasado y en lo que pudiera haber sucedido si no hubiera

fallecido, y guardamos un recuerdo entrañable de nuestra vida con esa persona, invirtiendo de nuevo toda nuestra energía en la vida que ahora nos toca vivir.

Aunque es difícil, no hay que entender la pena de la pérdida como algo exclusivamente negativo; su elaboración puede favorecer la maduración y el crecimiento personal. A pesar del sufrimiento que causa, el duelo es normal y ayuda a adaptarse a la pérdida, nos prepara para vivir sin la presencia física de esa persona a la vez que mantiene el vínculo afectivo con ella. Las pérdidas implican un gran sufrimiento para la mayoría de las personas, y sólo para una minoría el proceso se puede complicar y suponer incluso trastornos psíquicos.

La intensidad y duración del duelo es distinta para cada persona (recordemos que hay tantos duelos como personas) y depende de muchos factores: de las circunstancias de la muerte, de la intensidad de la unión con el fallecido, de las características de la relación con la persona perdida, de si existían conflictos no resueltos, de la edad del fallecido, etc. Los dos primeros años son los más duros, luego se experimenta un descenso progresivo del malestar emocional. De todas formas, cada persona tiene su propio ritmo y necesita un tiempo distinto para adaptarse a su nueva situación (Quiles.J, Castaño.M, Garcia.C, Aragón.M & Quiles.Y, 2007)

4.7. Concepto de Ansiedad

"La ansiedad es una reacción emocional frente a un estímulo indefinido o amenaza no identificada. Se diferencia del miedo o temor porque, en este último, la amenaza puede ser identificada como algo real y definido" (Pérez, C & Durand, I, 2013).

El *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders* (Segunda Edición) (DSM-IV; *American Psychiatric Association*, 1968) describía un estado patológico denominado

«neurosis de ansiedad», término acuñado por primera vez por Freud en 1895 (Breuer y Freud, 1893-1895/1955) y caracterizado por el sufrimiento crónico de tensión, preocupación excesiva, cefaleas frecuentes o ataques de ansiedad recurrentes. Pero estudios posteriores confirmaron que los ataques de pánico espontáneos discretos eran cualitativamente distintos de los estados de ansiedad crónica. (Hollander, Simeon, & Gorman, 2013)

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia (o ansiedad) se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, simplificando en exceso los conceptos, que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior. De otra parte, el impacto de la ansiedad va a provocar una distorsión de toda la psicología del sujeto, la cual podría quedar expresada como una alteración en el sentido etimológico de la palabra: la de sentirse traído y llevado y tiranizado por lo otro, por ese temor extenso, confuso y farragoso. (Rojas, 2014)

La ansiedad es una emoción de alarma que da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios. No es un fenómeno unitario, ya que puede tener cuatro componentes esenciales que provocan cuatro sistemas de respuesta:

4.7.1. Respuestas físicas: son manifestaciones somáticas y se deben a una activación del sistema nervioso autónomo. Los principales síntomas son:

- Taquicardia
- Pellizco gástrico / nudo en el estómago
- Dificultad respiratoria
- Opresión precordial
- Sequedad de boca
- Aumento del tono muscular
- Náuseas o deseos de vomitar
- Despeños diarreicos
- Dificultad para tragar
- Vértigos o inestabilidad espacial

4.7.2. Respuestas de conducta: son manifestaciones observables de forma objetiva y que generalmente son motoras. Los más frecuentes son los siguientes síntomas:

- Contracción de los músculos de la cara
- Temblores diversos: en manos, brazos, piernas, etc.
- Bloqueo generalizado (como una cierta paralización motora)
- Estado de alerta
- Irritabilidad
- Respuestas desproporcionadas a estímulos externos simples
- Moverse de un sitio para otro (caminatas sin rumbo)
- Cambios y altibajos en el tono de la voz
- Tensión mandibular
- Morderse las uñas o los padrastros

- Jugar con objetos en las manos o necesitar tener algo entre las manos

4.7.3. Respuestas cognitivas: se refiere al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia. Sus principales síntomas son:

- Inquietud mental
- Miedos, temores de anticipación de lo peor
- Preocupaciones obsesivas
- Pensamientos intrusos negativos
- Pesimismo generalizado (sin base real)
- Dificultades de concentración
- Pensamientos de los que no se puede liberar
- Cualquier noticia le afecta negativamente
- Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo

4.7.4. Respuestas asertivas (o sociales): hacen referencia al contacto interpersonal.

Sus síntomas más sobresalientes son:

- Le cuesta mucho iniciar una conversación con alguien que se encuentra
- Le cuesta mucho presentarse a sí mismo en una reunión social
- Le cuesta decir que no o mostrar desacuerdo
- Bloqueo en las relaciones sociales
- Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de él
- Prefiere pasar desapercibido cuando está con gente (Rojas, 2014)

4.8. Neurobiología de la Ansiedad

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus. Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas de la ansiedad describiremos las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad**.** (Reyes-Ticas, 2010)

4.9. Modelo Neuroanatómico de la Ansiedad

En la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

- Con el striatum haya una activación motoresquelética para "huir o atacar".
- Con el núcleo parabranquial se aumenta la frecuencia respiratoria.
- Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
- Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo

paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.

- Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
- Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y ulceras gastrointestinales. 7. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad (Reyes- Ticas, 2010)

4.10. Psicopatología de la ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en: trastornos físicos y trastornos mentales.

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.)
- Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera), − trastornos respiratorios (asma)
- Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema)
- Otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.)
- Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.)
- Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)
- Trastornos del sueño
- Trastornos sexuales
- Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.)
- Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

El DSM-IV TR, en la última edición clasifica los trastornos mentales en:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

4.11. Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)

- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones (hollander, simeon, & gorman, 2013)

4.12. Actitudes frente a la muerte en profesionales de la salud

Todo ser humano es, por esencia, mortal. Podemos morir de forma súbita, por un ataque al corazón, por un accidente o por causas violentas, pero de lo que debemos estar seguros es que vamos a morir. Una gran cantidad de seres humanos mueren al final de un penoso período de una enfermedad crónica, que lleva al deterioro funcional del organismo: el cáncer, la insuficiencia renal crónica, la cirrosis hepática, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, ciertas enfermedades neurológicas, el propio SIDA, son algunas de estas enfermedades (Grau, 2008).

Sin embargo, la preocupación y el dolor de atender a un niño, a un joven, a una mujer o a un hombre con cáncer u otra enfermedad terminal, afectan incuestionablemente al médico y a la enfermera, entre otros profesionales sanitarios, conscientes de la tragedia a la cual habrán de enfrentarse.

La experiencia de la muerte, propia o ajena, es una realidad para la que rara vez nos preparamos. Es una realidad ineludible, y la mayoría de las veces nos toma por sorpresa. No hay evento en la vida que sea más improvisado, y que a su vez sea más misterioso, que el final de la vida y sus circunstancias.

Como personal de salud, una enfermera, un médico, conviven más frecuentemente con ella, pero no siempre constituye para ellos un evento que los marque

positivamente. Al contrario, es común encontrar perspectivas variadas y esquivas, con poco contenido (Pichardo,L & Diner, K, 2010)

Por su trascendencia, la muerte debería obligar de forma natural, al personal de salud, a pensar en ella como una situación cercana y propia, aunque no seamos nosotros los que la experimentemos. Algún día también será una parte de nuestra historia.

Las enfermeras, lo mismo que los médicos, tienen esa fuerte experiencia de la cercanía con la muerte, ante la que se adoptan, por lo general, dos actitudes extremas y opuestas: por un lado, la angustia y el sufrimiento hasta llegar a un estado psicológico de frustración o desgaste emocional; y por otro la actitud indiferente del sepulturero que prepara una fosa para un ataúd más. Se trata de «números»: un paciente menos.

Es indudable que esas actitudes reflejan lo que cada persona tiene dentro, lo que ha vivido, sus valores y creencias. Un médico o una enfermera reflejan inevitablemente sus valores a los pacientes y familiares. Sin proponérselo, este trabajo en gran medida, manifiesta en los pacientes, la forma en que ven la vida los profesionales de la salud. Sus reacciones expresan virtudes y vicios, aciertos y carencias, habilidades, convicciones y creencias, en resumen, incide la personalidad de la enfermera o del médico como persona (Pichardo,L & Diner, K, 2010).

El contacto continuo con estos momentos plantea la necesidad de recursos y estrategias para afrontar situaciones de naturaleza especialmente ansiógenas que pueden incidir en la calidad de los cuidados. La forma de comunicarse y relacionarse, la toma de decisiones, la valoración ética de las situaciones asistenciales y la resolución de problemas de su día a día, son aspectos altamente influenciables por las emociones desencadenadas en los profesionales (Sevilla, M & Ferre , C, 2013).

4.13. Escala de ansiedad de Hamilton (HAS)

La escala fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales" en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

4.14. Cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman

Esta escala tiene diferentes versiones, inicialmente se denominaba Ways of Coping Checklist (WCCL, Folkman y Lazarus, 1980) y estaba compuesta por 68 ítems de repuesta dicotómica que racionalmente se clasificaron en dos categorías: centrados en el problema y centrados en la emoción. En 1985 Folkman y Lazarus modifican esta versión de la escala, eliminando ítems atendiendo principalmente a la correlación ítem-escala, se formulan ítems nuevos y se reelaboran parte de los existentes. Esta revisión de la escala pasa a tener 66 ítems y un formato de respuesta tipo Likert de 4 alternativas.

Las estrategias, propuestas por Lazarus y Folkman son conocidas como el afrontamiento dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

Los 7 estilos básicos de afrontamiento del estrés:

- Focalizado en la solución del problema (FSP)
- Autofocalización negativa (AFN)
- Reevaluación positiva (REP)
- Expresión emocional abierta (EEA)
- Evitación (EVT)
- Búsqueda de apoyo social (BAS)
- Religión (RLG)

Actualmente en una validación realizada en Madrid en el 2002 este cuestionario está formado por 42 ítems (6 por cada subescala), de rango (0-nunca, 4-casi siempre), en base a la pregunta "¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?". Algunos de estos ítems, son:

- Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.
- No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.
- Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.
- Agredí a algunas personas.
- Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.
- Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.
- Asistí a la Iglesia.

4.15. Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

La primera versión de la escala, constaba de 36 ítems con número diferente de ítems en cada sub-escala. Posteriormente en el año 1994, se publicó una versión revisada que incluyó igual número de ítems en cada subescala (32 ítems). En el 2003 se eliminaron los ítems de cada sub-escala que no aportaban a la significancia.

En la versión adaptada al español, está conformada por 4 subescalas que proporcionan información multidimensional sobre el “Miedo a la Muerte propia”, el “Miedo al Proceso de Morir propio”, “Miedo a la Muerte de otros” y el “Miedo al Proceso de Morir de otros”. Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada) a 5(mucho). Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir

5. MATERIALES Y MÉTODOS

❖ TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, pues trata de medir de forma numérica los resultados de la investigación, es decir, determinar el nivel de ansiedad del personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja ante la muerte de los pacientes y descriptivo ya que permite presentar la información en un tiempo y espacio determinado.

❖ ÁREA DE ESTUDIO

El trabajo investigativo se realizó en el Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, cuenta con los siguientes servicios de Hospitalización: Clínica, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Neonatología, Unidad de Quemados y Cuidados Intensivos y atención ambulatoria como: Consulta Externa, Emergencia, Hemodiálisis, Fisiatría y Rehabilitación; radiografía, endoscopia, ecografías, entre otros. El Hospital labora con

523 funcionarios entre profesionales, administrativos y de trabajadores, en su gran mayoría especializada, capacitada técnicamente y con una amplia experiencia; el área técnica se compone de: 38 médicos tratantes, 24 médicos residentes asistenciales, 26 médicos residentes de postgrado, 4 odontólogos, 156 enfermeras, 156 auxiliares de enfermería.

❖ UNIVERSO

La investigación se realizó en el personal auxiliar y profesional de Enfermería que labora en el Hospital "Isidro Ayora" de Loja, en 312 participantes.

- **MUESTRA**

Se la obtuvo a través de la siguiente formula:

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

Descripción de la formula:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

$\sigma =$Desviación estándar de la población que generalmente tiene un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador. X lo general se usa el 1.96.

e = Límite aceptable de error muestral que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador. En este caso se pone 0.05%

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

$$n = \frac{312 \text{ x } 0.5^2 \text{ x } 1.96^2}{(312-1)(0.05^2) + 0.5^2 \text{x } 1.96^2}$$

$$n = \frac{299.52}{1.7375}$$

$$n = 172.38$$

$$n = 172$$

Tamaño total de la muestra: 172 participantes.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Personal que labora en la institución y aceptaron participar en la investigación.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Personal que no firmó el consentimiento informado, que se encuentra de vaciones durante la recoleccion de datos y que no trabaja con la atención a pacientes hospitalizados como las áreas de Endoscopía, Consulta externa, Epidemiologia, Vacunas y gestión de Enfermería.

Por lo tanto la muestra se redujo a 130 partcipantes.

- **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton (2002), escala de miedo a la Muerte de Collett –Lester (2011) y el cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (2007) además se aplicó un consentimiento informado en el cual se explicó la finalidad de la investigación y la confidencialidad de los resultados.

- **MÉTODOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

La presentación de resultados se la realizó con la ayuda del programa de Excel que permitió la elaboración de gráficos en la que se evidencia claramente los resultados de la investigación, para una mejor estructuración y entendimiento de acuerdo a lo planteado en los objetivos.

- **USO DE LOS RESULTADOS**

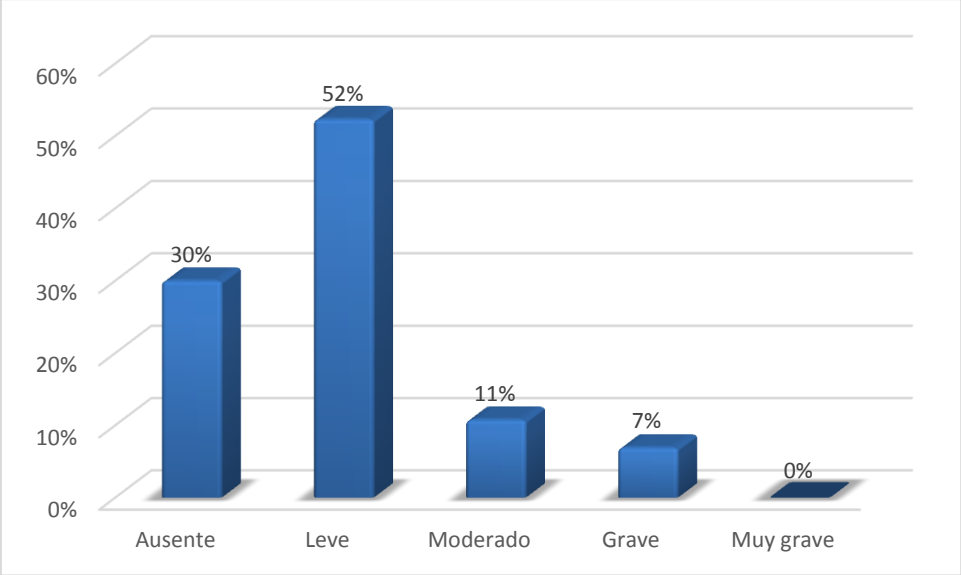
Con los resultados obtenidos se cuenta con información que permite incrementar una adecuada formación en bioética y al manejo adecuado del proceso de muerte a los profesionales.

❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con la finalidad de cumplir con los criterios éticos de la investigación, se solicitó la autorización al subdirector de Docencia e Investigación del hospital para realizar el trabajo de campo y al personal de Enfermería que labora en la institución, a través de la firma de un consentimiento informado donde se comunicó acerca de la confidencialidad y uso de los datos, el fin del proyecto.

6. RESULTADOS

GRÁFICO 1:
NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

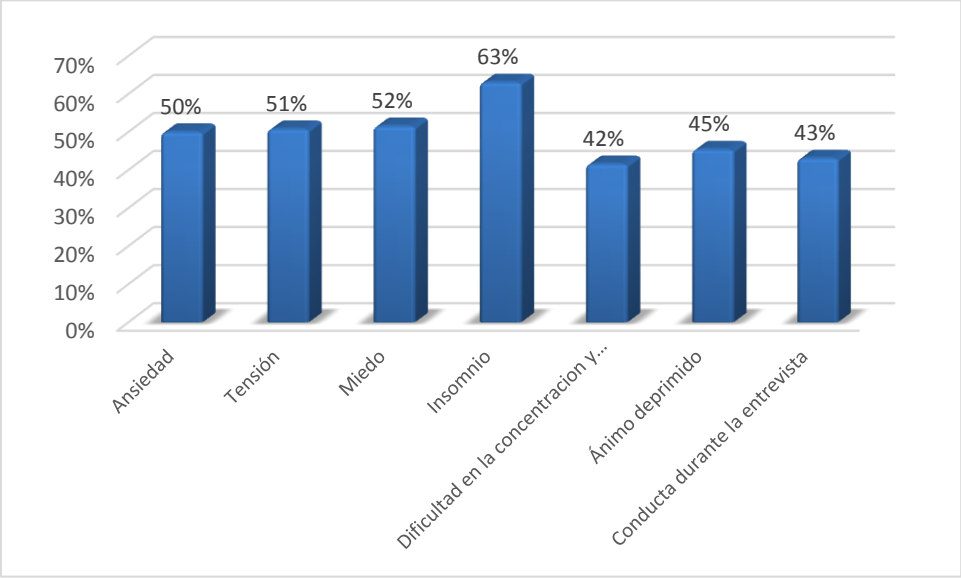


Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton (2002).
Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala.

En el personal de Enfermería se identificó que más de la mitad presenta el nivel de ansiedad leve ante la muerte de los pacientes, el segundo lugar corresponde a la ausencia de ansiedad y con valores relativamente bajos se encuentra el nivel moderado y grave de ansiedad, que merecen gran importancia debido a que estos pueden afectar en el desarrollo profesional y la calidad de atención a los usuarios.

GRÁFICO 2:

MANIFESTACIONES PSÍQUICAS DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

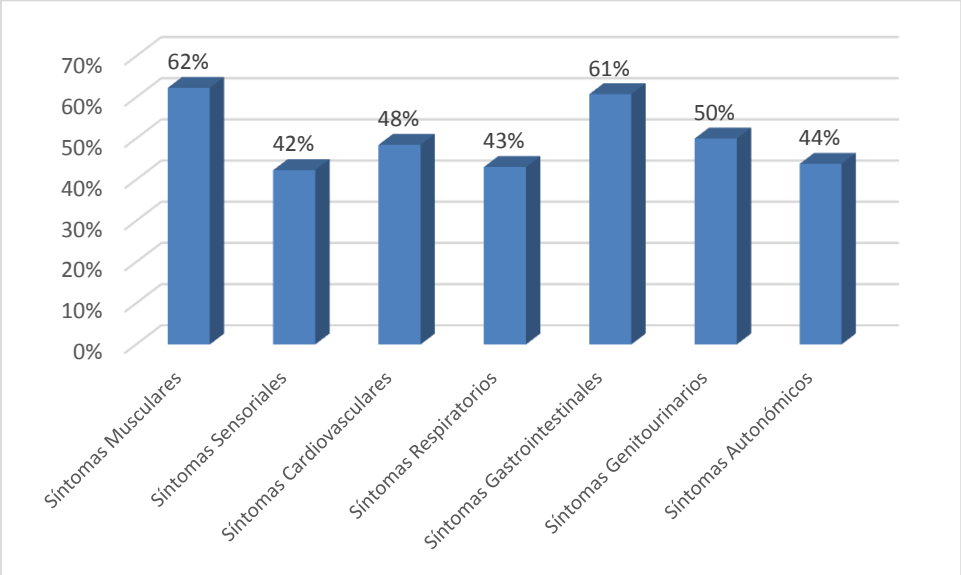


Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton (2002).
Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala.

Las manifestaciones Psíquicas de la Ansiedad que presenta el personal de Enfermería están en primer lugar el insomnio, luego la ansiedad, el miedo y la tensión con valores similares es decir que estos síntomas presentan la mitad del personal y en último lugar con valor más bajo se encuentra la dificultad para la concentración y la memoria.

GRÁFICO 3:

MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA DE LOJA 2016-2017.

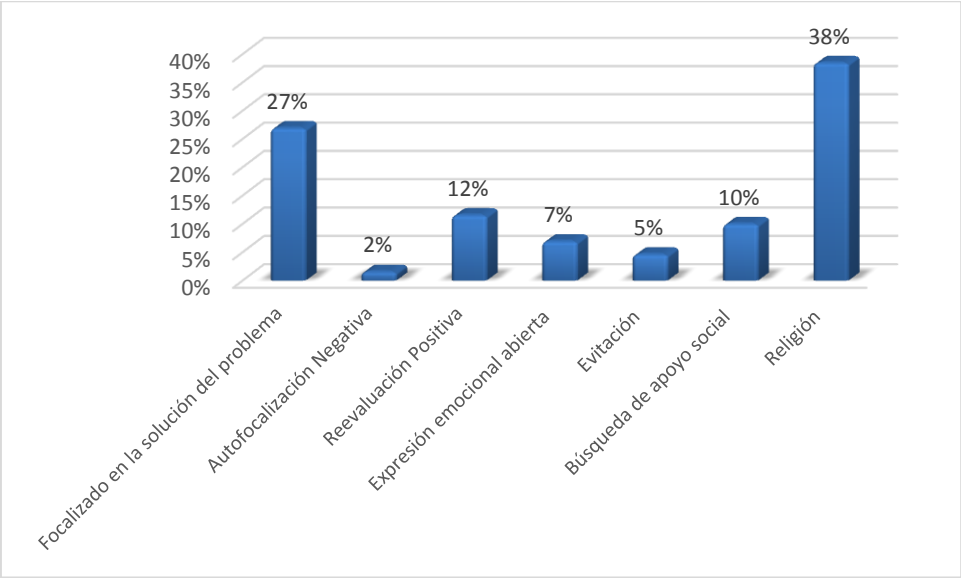


Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton (2002).
Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala.

Las manifestaciones Somáticas de la Ansiedad que presenta el personal de Enfermería son los síntomas musculares, entre ellos (debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor de localización muscular difusa), los síntomas gastrointestinales (dificultades para deglutir, sensación de vacío en el estómago, dispepsia,ruidos intestinales audibles y diarrea.) y los genitourinarios (polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyacukacion precoz y pérdida de la erección) con valores sobre la mitad y en último lugar con valor más bajo se encuentra los síntomas sensoriales como (tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.

GRÁFICO 4:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman (2007).
Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala.

En relación a las estrategias de Afrontamiento al Estrés en el Personal de Enfermería manifiestan la Religión como la principal, en segundo lugar está focalizado en la solución del problema y en último lugar con menor porcentaje la auto focalización negativa.

TABLA 1.

RERESENTACIÓN DE LA ESCALA DEL MIEDO A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

GRADO DE ANSIEDAD	Indicador	F	%
En relación a tu propia muerte	Nada	25	19%
	Moderado	75	58%
	Mucho	30	23%
En relación a tu propio proceso de morir	Nada	18	14%
	Moderado	88	68%
	Mucho	24	18%
En relación ante la muerte de otros	Nada	5	4%
	Moderado	71	55%
	Mucho	54	42%
En relación al proceso de morir de otros	Nada	9	7%
	Moderado	76	58%
	Mucho	45	35%

Fuente: Escala de miedo a la Muerte de Collett-Lester (2011)
Autora: Bionay Elizabeth Herrera Ayala.

El grado de ansiedad en relación a su propia muerte y al proceso de morir, el personal de Enfermería presenta nivel moderado, en segundo lugar se encuentra el grado muy alto de ansiedad y con valores más bajos los profesionales mencionan no presentar ansiedad ante estos hechos.

En relación ante a la muerte y proceso de morir de otros se evidencia un nivel moderado, en segundo se encuentra un grado muy alto de ansiedad y con valores más bajos se destaca que los profesionales no presentan ansiedad ante estos hechos.

7. DISCUSIÓN

El tema de la muerte es un tema tabú, que produce omisión o negación y poco interés de plantearlo abiertamente. Resulta interesante el hecho de que aspectos que pueden parecer tan poco relacionados, como la visión de un cadáver y pensamientos de lo que hay después de la muerte sean las cuestiones que generan mayor ansiedad a los profesionales.

En cuanto al nivel de ansiedad en el personal de Enfermería se identificó que presenta el nivel de ansiedad leve ante la muerte de los pacientes con un 52%, la ausencia de ansiedad con un 30%, moderado 11% y finalmente un 7% presenta ansiedad grave. Estos resultados son diferentes a un estudio realizado en España en el 2012 en el que se evidencian los siguientes porcentajes: 5,9% ansiedad alta, 46,7% ansiedad moderada, 31,6% ansiedad baja, 15,8% ausencia de ansiedad; destacando que en los dos estudios a pesar que el personal no muestra valores significativos para la ansiedad alta, representa un factor de riesgo de que esta aumente y pueda influir en la calidad de atención de los pacientes y en el ámbito personal.

En un estudio realizado en Madrid-España en el 2011 se observa que un alto porcentaje de los profesionales de enfermería de unidades de críticos no se sienten formados, encontrando en ellos niveles de ansiedad más altos que los de los compañeros que si se sienten formados. Resultando comprensible, ya que durante la formación básica, no se recibe formación específica para afrontar la muerte.

En este trabajo se evidencia que el personal presenta nivel de ansiedad moderado en relación a su propia muerte y a la muerte de otros, estos valores son diferentes al comparar con un estudio realizado en Tarragona-España en el 2012 se evidencian valores

más elevados en relación a las sub escalas, como "propio proceso de morir" y "la muerte de otros".

En otro estudio realizado en México en el 2014 se evidencia que la mayoría de los sujetos presentan baja ansiedad en las tres sub escalas: miedo a la muerte (90,3%), miedo a la agonía o a la enfermedad (87,1%) y miedo a que la vida llegue a su fin (96,8%). Además no se vive la muerte como un fracaso profesional, sino que los ha llevado a verla como algo natural, sin embargo no siempre pueden evitar pensar en la posibilidad de su propia muerte o de algún familiar cercano, lo que se relaciona con el presente estudio debido a que el personal presenta preocupación moderada en cuanto a la propia muerte y a la muerte de otros

Dentro de las manifestaciones Psíquicas de la Ansiedad que presenta el personal de Enfermería están: el insomnio, miedo, la tensión y en las somáticas los síntomas musculares, entre ellos (debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor de localización muscular difusa), síntomas gastrointestinales (dificultades para deglutir, sensación de vacío en el estómago, dispepsia, diarrea, etc.) y genitourinarios (polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, etc.), además la dificultad para la concentración y la memoria. Según estudio realizado en México en el 2011 se determinó que el personal presento insomnio lo que aumenta la ansiedad al trabajar, la dificultad para la concentración y la memoria que puede interferir en la realización de actividades.

En cuanto a las estrategias de Afrontamiento al Estrés en el personal de Enfermería corresponde a la Religión como la principal, en segundo lugar está focalizado en la solución del problema y con menor porcentaje se encuentra la auto focalización negativa. En un estudio realizado en Brasil en el 2016 demostró que las estrategias más utilizadas fueron estrategias centradas en el problema (60,0%). Esta estrategia corresponde a una

forma activa de reaccionar ante la situación estresante, pues el enfrentamiento enfocado en el problema tiene como finalidad la solución de la situación estresora, seguidas por las prácticas religiosas.

8. CONCLUSIONES

- El personal de Enfermería del Hospital “Isidro Ayora” de Loja presenta nivel leve de Ansiedad ante la muerte de los pacientes representado con un 52%.

- Las manifestaciones Psíquicas frecuentes en el Personal de Enfermería frente a la muerte de los pacientes son: el insomnio, miedo, la tensión y en las somáticas los síntomas musculares (debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor de localización muscular difusa), síntomas gastrointestinales (dificultades para deglutir, sensación de vacío en el estómago, dispepsia, diarrea, etc.) y genitourinarios (polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, etc.).

- Las estrategias de Afrontamiento al Estrés corresponde a la Religión como la principal, en segundo lugar está la focalizado en la solución del problema y con menor porcentaje se encuentra la auto focalización negativa.

9. RECOMENDACIONES

- A la Universidad Nacional de Loja, a fomentar estudios investigativos sobre el tema el cual permita comparar el nivel de ansiedad en el Personal de Enfermería desde diferentes perspectivas tanto hospitalarias y comunitarias.

- A la responsable de Gestión de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja , para fomentar educación sobre temas psicológicos de manera que el personal de Enfermería pueda afrontar positivamente estos acontecimientos y evitar que interfieran en el desarrollo profesional y la calidad de atención a los usuarios.

- Al departamento de Riesgo laboral del Hospital "Isidro Ayora" de Loja, para que integre en su plan de trabajo actividades relacionadas con la protección de la Salud Mental del personal de Enfermería.

10. BIBLIOGRAFÍA

Blai, R. (2015). Obtenido de Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad:https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/

Castanedo, I. Suáres, C & Vivar, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. Obtenido de http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf

Espinoza & Sanhueza. (29 de 01 de 2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional. Obtenido de http://www2.unifesp.br/acta/pdf/ v25/n4/v25n4a20.pdf

Espinoza.M, Sangueza.O & Barriga.O. (2011). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Latino-Am. Enfermagem*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_15.pdf

Fernandez, C. (2010). Análisis de los niveles de Ansiedad ante la muerte de los Profesionales de Enfermeria de Cidados Críticos. *Nure*. Obtenido de http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/TESINA/NURE50_tesinaansiedad.pdf

Ferrari, H. (2008). *Salud Mental en Medicina* (segunda ed.). CORPUS.

Garcia,V & Rivas, E. (2013). Experiencia de Enfermeras Intensivistas Pediátricas en la Muerte de un Niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *scielo*. Obtenido de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011

Gonzales. M & Landero.R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE):Validación en una Muestra Mexicana. Obtenido de http://aepcp.net/arc/04_2007(3)_Gonzalez_y_Landero.pdf

Grau, J. &. (2008). Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/801/80111670003.pdf

Guedes , E & Santa Rosa, D. (2013). Vivencia de las Enfermeras ante los Cuidados en el Proceso de Muerte. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100006&script=sci_arttext&tlng=e

Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J. (2013). Trastornos de Ansiedad. En *Tratado de Psiquiatria* (Segunda ed.). Ancora.S.A. Obtenido de http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf

Kozier & Erb. (2012). *Fundamentos de Enfermería* (Novena ed.). Madrid: Pearson Higher Education.

Lobo.A, Chamorro.L, Luque.A, Dal-Re.R, Badia.J & Baro.E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *ELSEVIER*, 493-499. Obtenido de file:///D:/Users/Toshiba%20Satellite/Downloads/13029223_S300_es%20(1).pdf

Maqueo, M. (2000). El papel de la Enfermera en la Tanatología. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4n.pdf

Ministerio de Salud Publica. (2013-2017). Obtenido de Prioridades de Investigacion en Salud:

http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

Modelo de Atencion Inegral de Salud Familiar y Comunitaria . (2012). Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

OMS. (2010). *Sanar*. Obtenido de http://www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad

OMS/OPS. (2012). Obtenido de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236

Organizacion Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Pérez, C & Durand, I. (2013). *Enfermería Psicosocial.*

Perusquia.M. (2004). *Tanatología y Enfermería: Aspectos Éticos, Sociales y Psicológicos.* México. Obtenido de file:///D:/Users/Toshiba%20Satellite/Downloads/Tanatolog%C3%ADa%20y%20bio%C3%A9tica.pdf

Pichardo,L & Diner, K. (septiembe de 2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. 161-166. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103i.pdf

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermeria. (2013-2015). Obtenido de file:///D:/Users/Toshiba%20Satellite/Downloads/planestudios2013-04deseptiembre2015-1%20(1).pdf

Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013-2017). Obtenido de http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf

Quiles.J, Castaño.M, Garcia.C, Aragón.M & Quiles.Y. (2007). *Apoyo a L Duelo.* Obtenido de http://apoyoalduelo.com/wp-content/uploads/2013/09/ApoyoAlDuelo.pdf

Reyes-Ticas. (2010). *Trastornos de ansiedad* .

Rojas, E. (2014). *Como superar el estrés.* Barcelona: Planeta. Recuperado el 25 de noviembre de 2016

Sevilla, M & Ferre , C. (2013). Ansiedad ante la Muerte en Enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Signnificados. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300003&script=sci_arttext&tlng=eng

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 1

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la izquierda la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma que Ud considera. Todos los ítems deben ser puntuados.

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Licenciado/a de Enfermería ( ) **Edad:** **Sexo:** **Auxiliar de Enfermería ( )**			
1 **Ansiedad**	**Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.**		Puntaje
	0	Ud no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso que Ud se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	Ud expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en su vida, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con su vida diaria.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con su vida cotidiana.	
2 **Tensión**	**Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.**		Puntaje
	0	Ud no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	Ud refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	Ud expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con su trabajo cotidiano.	

	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con si vida y el trabajo cotidiano.	
3 **Miedo**	**Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. Ud siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.**		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Ud ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para Ud combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 **Insomnio**	**Se refiere a la experiencia subjetiva de Ud en la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.**		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que Ud refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 **Dificultades en la concentración y la memoria**	**Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.**		Puntaje
	0	Ud no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el Ud tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para Ud concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	Ud muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	

6 **Animo deprimido**	**Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.**		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si Ud está más desalentado o triste que lo usual. Ej: Ud comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	Ud está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	Ud muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	Ud enfatiza su desaliento y desesperanza	
7 **Síntomas somáticos generales (musculares)**	**Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.**		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	Ud ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para Ud combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
Síntomas somáticos generales (sensoriales)	**Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.**		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por Ud son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral.	
9 **Síntomas cardiovascu-lares**	**Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.**		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero Ud los puede controlar.	
	3	Ud tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	

	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral.	
10 **Síntomas respiratorios**	**Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..**		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero Ud puede controlarlos.	
	3	Ud tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral.	
11 **Síntomas gastrointestinales**	**Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.**		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes.	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el Ud las puede controlar.	
	3	Ud tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral.	
12 **Síntomas genito urinarios**	**Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.**		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes de ud).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral.	
	3	Ud tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral.	
13 **Síntomas autonómicos**	**Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.**		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral de Ud.	

	3	Ud tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral de Ud.	
14 **Conducta durante la entrevista**	**Incluye comportamiento de Ud ahora ¿Esta tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando**		Puntaje
	0	Ud no parece ansioso	
	1	Es dudoso que Ud esté ansioso	
	2	Ud está moderadamente ansioso	
	3	Ud está claramente ansioso	
	4	Ud está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

Escala de ansiedad de Hamilton (2002)

0	Ausente	0-4	Ausencia
1	Ligero	Hasta 14	Leve
2	Moderado	Hasta 28	Moderada
3	Grave	Hasta 42	Grave
4	Muy grave	Hasta 56	Muy grave / incapacitante

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Licenciado/a de Enfermería ( ) Edad:

Sexo: Auxiliar de Enfermería ( )

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente.

	¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?	**Nunca (0)**	**Pocas veces (1)**	**A veces (2)**	**Frecuentemente (3)**	**Casi siempre**
1	Traté de analizar las causas del problema para poder					
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas					
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del					
4	Descargué mi mal humor con los demás					
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de					
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7	Asistí a la Iglesia					
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos					
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen					
10	Intenté sacar algo positivo del problema					

11	Insulté a ciertas personas					
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para					
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar					
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote,					
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a					
16	Comprendí que yo fui el principal causante del					
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que					
18	Me comporté de forma hostil con los demás					
19	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para					
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar					
21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el					
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar					
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo					
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema,					
25	Agredí a algunas personas					
26	Procuré no pensar en el problema					
27	Hablé con amigos o familiares para que me					
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias					
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer					
31	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal					
32	Me irrité con alguna gente					
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del					
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál					
35	Recé					
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para					
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían					
39	Luché y me desahogué expresando mis					
40	Intenté olvidarme de todo					
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase					
42	Acudí a la iglesia para poner velas o rezar					

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (2007)

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.

Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.

Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.

Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.

Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.

Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.

Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

Licenciado/a de Enfermería ( ) Edad:

Sexo: Auxiliar de Enfermería ( )

Lea cada frase y contéstala rápidamente. No utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensa ahora mismo. Marque el número que mejor representa tu sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. El morir solo.	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en ….	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1

6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en …..	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en…..	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

Escala Collett-Lester (2011)

Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada) a 5(mucho). Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 4

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Bionay Elizabeth Herrera Ayala** , portadora de la cédula de identidad N° **1105088601**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy amablemente vuestro consentimiento y participación para colaborar con el desarrollo de la investigación titulada **Nivel de Ansiedad ante la muerte de los pacientes, en el Personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja**, el objetivo de esta investigación es identificar el nivel de Ansiedad en el personal de Enfermería del Hospital Isidro Ayora ante la muerte de los pacientes. Para lo cual solicito su cooperación llenando algunas escalas sobre la ansiedad y cuestionario de afrontamiento del estrés. El tiempo aproximado para esto es de 15 minutos.

Este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo y además Ud no recibirá ningún beneficio es decir ninguna compensación económica por su participación. Su contribución en esta investigación es totalmente voluntaria, es decir puede elegir participar o no hacerlo, esto no tendrá ningún tipo de sanción o represalias en los ámbitos laboral y personal, se agradece la veracidad al llenar los instrumentos, con los resultados se contará con información que permita incrementar una adecuada formación en bioética y aspectos emocionales que conlleva el proceso de muerte de los pacientes

Este proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado en ningún informe ya que la información será utilizada únicamente con fines de investigación.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Fecha: …….……

Firma del/la participante

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 5

Lic. Graciela Maribel Palta Medina
DOCENTE DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA PARTICULAR "SIMÓN BOLÍVAR"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, 2016-2017" autoría de la Srta. Bionay Elizabeth Herrera Ayala egresada de la carrera de enfermería perteneciente a la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

La certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 21 de Abril del 2017

Lic. Graciela Palta Medina
ENGLISH TEACHER

Lic. Graciela Maribel Palta Medina
1104253438
DOCENTE DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA PARTICULAR "SIMÓN BOLÍVAR"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 6

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Docencia e Investigación

Loja, 4 de mayo de 2017

Doctor DANIEL PACHECO MONTOYA
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL

CERTIFICA:

Que la Srta. BIONAY ELIZABETH HERRERA AYALA, con CI. 1105088601, realizó la entrega de un CD con el contenido de su Tesis titulada: "NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA 2016-2017; previa a la obtención de su Título como Licenciada en Enfermería.

Atentamente,

HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

Doctor DANIEL PACHECO MONTOYA
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL
/Ing.Belc.

c.c. Archivo

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7210
isidro.ayora@hial.gob.ec

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 7

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Of. Nro. 032-2016-DI-HIAL
Loja, 24 de noviembre de 2016

Sra. Lcda.
María del Cisne Agurto Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNL.
Ciudad.

De mi consideración:

En atención al oficio No. 659-CCE-ASH-UNL de fecha 10 de noviembre de 2016, suscrito por su persona, me permito indicar que luego de la revisión y análisis, se autoriza el desarrollo de la investigación "NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA" de autoría de la señorita Bionay Herrera Ayala, estudiante de la carrera de Enfermería de la UNL, por lo que podrá acceder a los diferentes servicios de del HGIAL a realizar su trabajo de campo.

Aprovecho para expresar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dr. Daniel Pacheco M.,
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7210
isidro.ayora@hial.gob.ec

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FCULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 8

PROYECTO DE TESIS

a. TEMA.

NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA.

b. PROBLEMATICA:

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, que se basa en siete criterios: la ausencia completa y permanente de consciencia; ausencia permanente de respiración espontánea; ausencia de toda reacción a los estímulos exteriores y a todo tipo de reflejos; la atonía de todos los músculos; fallo de la regulación térmica del cuerpo; el mantenimiento de la tonicidad vascular únicamente debido a la administración de analépticos vasculares; ausencia completa y permanente de la actividad eléctrica; generando actitudes y emociones, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida (Blai, 2015).

En los hospitales son los profesionales de enfermería quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de sus principales objetivos es el cuidado de ellos. En situaciones en las que el paciente se encuentra en el proceso final de la vida, los cuidados irán enfocados a favorecer una buena muerte, por ello es necesario que los profesionales de enfermería sepan integrar la muerte como parte de la vida y no les produzca ansiedad, por la posibilidad de intervenir sus propios miedos a la muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), cerca de 450 millones de personas en el mundo, padecen algún trastorno mental o de la conducta. Entre estos trastornos la ansiedad es la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia, alcanzando cifras alarmantes en los países del Primer Mundo. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18.1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. En España, por ejemplo, este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta. Se prevé que cerca del 25% de la población en algún momento de sus vidas experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Se indica también que las mujeres son dos veces más propensas a padecer un trastorno del estado del ánimo y de ansiedad que los hombres, quienes tienen mayor tendencia a sufrir problemas con el alcohol (OMS, 2010).

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe (OMS/OPS, 2012).

Durante el año 2013 el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil realizó 99.336 atenciones por el área de consulta externa de estas 8.500 consultas pertenecen a otros trastornos de ansiedad.

Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pediátrica presentan niveles más altos de ansiedad que las de unidad de cuidados intensivos adultos, así como los profesionales con menor experiencia y aquellos que declaran no sentirse formados en el tema. La experiencia y la formación son elementos clave que ayudan a los profesionales a enfrentarse a la muerte, desde la gestión debemos asegurarnos que los pacientes en estadío terminal sean atendidos por profesionales con este perfil (Fernandez, 2010).

El 85% de los enfermeros reconocen los síntomas propios del duelo. La muerte de un paciente afecta "nada" a un 10 %, "solo ese día" un 70%, "varios días" a un 5 %, "a menudo", a un 10% y "siempre" a un 5%. Con respecto a la edad del paciente que muere, el 100% de los encuestados admite que la escala de edades que más le afecta seria la siguiente en orden decreciente de afectación: adolescente, menor de 40 años, entre 40 – 65 años, entre 65 – 80 años, y por ultimo mayores de 80 años. El 80% de los enfermeros de urgencias reconocen no haber realizado el curso que ofrece nuestro centro. "el personal ante situaciones conflictivas". Las enfermeras de urgencias reconocen los síntomas propios del duelo pero no les afecta tanto en su vida personal y familiar como en lo laboral. Reconocen que no realizan programas de formación específicos frente al afrontamiento de situaciones conflictivas (Castanedo, I. Suáres, C & Vivar, C, 2010).

Se obtuvo como resultados la media de puntuación de ansiedad es de 114,36 [DT (Desviación Típica) 15,35]. Los valores más elevados corresponden al propio proceso de morir 30,09 (DT 3,96) y a la muerte de otros 29,64 (DT 3,47). Las enfermeras viven la muerte del otro, y piensan en la suya, influenciadas por emociones intensas que varían según la "aceptación" y evolución del proceso. Reconocen los temores, desencadenados por el cuidado, que les acompañan repercutiendo en su vida. El ámbito asistencial sociosanitario acoge unos niveles altos de ansiedad ante la muerte para las enfermeras. La pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir, son las situaciones

más ansiógenas. Identifican los temores de manera clara, sin alejarse del cuidado y ofreciendo el apoyo psicoemocional como signo de identidad profesional (Sevilla, M & Ferre , C, 2013).

Teniendo en cuenta que en el ámbito de la salud es evidente la necesidad de abordar las emociones de los profesionales que pudieran influir en la calidad de cuidados, especialmente aquellas experiencias derivadas de procesos de muerte y duelo de pacientes se llevará a cabo la propuesta de investigación sobre el Nivel de Ansiedad ante la Muerte de los pacientes, en el personal de Enfermería (aproximadamente 360 participantes) del Hospital "Isidro Ayora" de Loja, en el periodo de Septiembre 2016 – Abril 2017. Esta es un área de atención de segundo nivel, en la actualidad cuenta con los servicios de Emergencias, Cirugía, Clínica, Gineco-Obstetricia, UCI, Pediatría que son ofrecidos a nivel general, también ofrece los servicios de todo tipo de exámenes, laboratorio, endoscopia, tomografías, radiografías , etc.

El hospital se encuentra ubicado en la Avenida Iberoamericana e Imbabura, Barrio Sevilla de Oro, Parroquia Sucre, cantón Loja, Provincia de Loja. El trabajo se realizará en todas sus áreas, al personal de enfermería que labora en la institución (aproximadamente 360 participantes). Esta investigación es factible ya que se cuenta con la colaboración del personal de enfermería y directivos de la institución.

Las variables a medir corresponden al nivel de ansiedad en el personal de Enfermería y el proceso de muerte. Para lo cual se utilizará la escala de Ansiedad de Hamilton (2002), escala de miedo a la Muerte de Collett –Lester (2011) y el cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (2007) ¿Cuál es el nivel de Ansiedad ante la Muerte de los pacientes, en el personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja?

c. JUSTIFICACIÓN:

Según la OMS (2012), los trastornos de ansiedad son la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia, alcanzando cifras alarmantes en los países del Primer Mundo. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18.1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. En España, por ejemplo, este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta. Se prevé que cerca del 25% de la población en algún momento de sus vidas experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Se indica también que las mujeres son dos veces más propensas a padecer un trastorno del estado del ánimo y de ansiedad que los hombres, quienes tienen mayor tendencia a sufrir problemas con el alcohol (OMS, 2010).

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe (OMS/OPS, 2012).

Este trabajo de investigación se realizará con la finalidad de identificar los niveles de Ansiedad ante la Muerte de los Pacientes, en el Personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja, ya que este acontecimiento es de cada día durante el desarrollo profesional, también es de gran importancia porque de esta manera se mejorara la calidad de atención a los pacientes.

El proyecto es factible realizarlo, ya que se cuenta con el apoyo tanto del grupo de estudio como los directivos de la institución en la que se realizara. Además existen varias fuentes bibliográficas que sustentarán la investigación.

Con los resultados obtenidos se contará con información que permita incrementar una adecuada formación en bioética y aspectos emocionales que conlleva el proceso de muerte.

d. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Identificar el nivel de Ansiedad en el personal de Enfermería del Hospital Isidro Ayora ante la muerte de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Determinar las manifestaciones psíquicas y somáticas que presentan el personal de Enfermería ante la muerte de sus pacientes.
- Señalar estrategias que el personal de Enfermería utiliza para afrontar adecuadamente el proceso de muerte de los pacientes.

e. MARCO TEÓRICO

La Muerte

En Salud Mental se estudian las experiencias emocionales por las que el ser humano transita en el ciclo vital. Este comienza con las expectativas y deseos parentales durante la vida intrauterina, sigue con el nacimiento y el establecimiento de los vínculos tempranos, el desarrollo psicosexual de la primera infancia que culmina con la problemática edípica; la crisis de la adolescencia, las realizaciones de la edad adulta, la formación de la familia y la procreación. Cuando llega la vejez y de no haber ocurrido antes, el ciclo vital finaliza con la muerte (Ferrari, 2008).

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, que se basa en siete criterios: la ausencia completa y permanente de consciencia; ausencia permanente de respiración espontánea; ausencia de toda reacción a los estímulos exteriores y a todo tipo de reflejos; la atonía de todos los músculos; fallo de la regulación térmica del cuerpo; el mantenimiento de la tonicidad vascular únicamente debido a la administración de analépticos vasculares; ausencia completa y permanente de la actividad eléctrica.

Generando actitudes y emociones, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida (Blai, 2015).

Esta no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, no sólo biológico, sino también psicosocial, en que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa generalmente a la simple observación. Los profesionales de la salud que atienden pacientes moribundos pueden influir con intervenciones apropiadas en 2 procesos: en el proceso de morir, y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio (Grau, 2008)

El significado de la muerte

Desde el vértice de la salud mental, la muerte es mucho más que un problema biológico: la muerte significa dejar de existir, algo que al ser humano le resulta

difícilmente pensable. Requiere representarse la nada, el vacío, lo negativo, lo inexistente, lo que deja de ser. Figurativamente se ha mencionado con un tránsito a otro estado, un retorno al comienzo. Alude a lo perecedero, a lo que tiene término (Ferrari, 2008).

Del miedo a la muerte.

Si la idea de la muerte propia es tan inverosímil, ¿qué lugar ocupa entonces el tan frecuente temor a la muerte? ¿Se puede, según una expresión corriente, estar muerto de miedo o peor, llega a morir de miedo? Se recuerdan casos de muerte Voodu donde una persona con una mentalidad primitiva al romper una prohibición puede pagar con su muerte. Frente a una intervención quirúrgica importante temores incontrolables de muerte pueden ser augurio de complicaciones postoperatorias sino son tenidas en cuenta.

Clásicamente frente al dolor del infarto cardiaco va acompañada de sensaciones descritas como la muerte inminente. Está ligada a la amenaza de fantasías primitivas de desintegración corporal del Yo que toman de vivencia de muerte propia (Ferrari, 2008).

Que una persona pueda sobrellevar experiencias traumáticas graves, como una enfermedad o una operación, con sus terrores consiguientes, el temor a la muerte entre otros, depende de la compañía interna y externa con que cuenta en la forma de objetos de amor que lo amparen y protejan. Así puede atenuar el posible impacto desorganizaste de una enfermedad, tolerar el miedo a la muerte y en consecuencia mejorar el pronóstico.

El temor consciente a la muerte, tan común y difundido expresa miedos referidos, por ejemplo a fantasías claustrofóbicas o de castigo por el destino, representante de los padres que amenazan con equivalentes de la castración. En este sentido, la angustia de muerte puede cubrir otros miedos y estar reforzada desde sus raíces inconscientes (Ferrari, 2008).

La experiencia de pérdida, muerte y el duelo en el personal de enfermería.

Todo el mundo experimenta pérdidas, duelo y muerte en algún momento de su vida. Las personas pueden sufrir la pérdida de relaciones valiosas por cambios vitales como la mudanza de una ciudad a otra, la separación, el divorcio o la muerte de un progenitor, del cónyuge o de un amigo. Las personas pueden estar afligidas por los roles vitales cambiantes a medida que ven que sus hijos adultos abandonan el hogar o cuando se

jubilan de su trabajo de toda la vida. La pérdida de objetos materiales valorados por robo o por un desastre natural puede evocar sentimientos de duelo y pérdida. Cuando las vidas de las personas se ven afectadas por luchas civiles o nacionales puede aparecer una situación de duelo por la pérdida de ideales valorados, como seguridad, libertad y democracia (Kozier & Erb, 2012).

En el contexto clínico, el profesional de enfermería encuentra pacientes que pueden estar experimentando duelo en relación con el deterioro de la salud, la pérdida de una parte del cuerpo, una enfermedad terminal o la muerte inminente del paciente o de otra persona importante. El profesional de enfermería también puede trabajar en contextos comunitarios con pacientes que se encuentran afligidos por pérdidas relacionadas con crisis personales (p. ej., divorcio, separación, pérdidas económicas) o desastres (guerra, terremotos, terrorismo o huracanes). Por tanto, es importante que el profesional de enfermería conozca el significado de la pérdida y que desarrolle la capacidad de ayudar a los pacientes en su avance por el proceso del duelo.

Los profesionales de enfermería pueden interactuar con pacientes moribundos y con sus familias o cuidadores en diversos contextos, desde una muerte fetal (muerte de un niño no nacido) hasta la adolescente víctima de un accidente y el paciente anciano que finalmente muere por una enfermedad crónica. Los profesionales de enfermería deben reconocer las diferentes influencias sobre el proceso del morir (legales, éticas, espirituales, biológicas, psicológicas) y deben estar preparados para proporcionar una atención sensible, habilidosa y compasiva a todas las personas afectadas (Kozier & Erb, 2012).

Ansiedad

"La ansiedad es una reacción emocional frente a un estímulo indefinido o amenaza no identificada. Se diferencia del miedo o temor porque, en este último, la amenaza puede ser identificada como algo real y definido" (Pérez, C & Durand, I, 2013).

El *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders* (Segunda Edición) (DSM-IV; *American Psychiatric Association*, 1968) describía un estado patológico denominado «neurosis de ansiedad», término acuñado por primera vez por Freud en 1895 (Breuer y Freud, 1893-1895/1955) y caracterizado por el sufrimiento crónico de tensión, preocupación excesiva, cefaleas frecuentes o ataques de ansiedad recurrentes. Pero

estudios posteriores confirmaron que los ataques de pánico espontáneos discretos eran cualitativamente distintos de los estados de ansiedad crónica. (Hollander, Simeon, & Gorman, 2013)

Psicopatología de la ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en: trastornos físicos y trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.)
- trastornos digestivos (colon irritable, úlcera), − trastornos respiratorios (asma)
- trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema)
- otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.)

- las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.)
- los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)
- trastornos del sueño
- trastornos sexuales
- trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.)
- trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

El DSM-IV TR, en la última edición clasifica los trastornos mentales en:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- sudoración
- temblores o sacudidas
- sensación de ahogo o falta de aliento

- sensación de atragantarse
- opresión o malestar torácico
- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o desmayo
- desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- miedo a perder el control o volverse loco
- miedo a morir
- parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- escalofríos o sofocaciones (Hollander, Simeon, & Gorman, 2013)

f. MATERIALES Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: El trabajo de investigación será de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo. Debido a que se recopilará datos sobre el Nivel de Ansiedad ante la Muerte de los Pacientes, en el Personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja.

Universo: La investigación se realizará con el personal de Enfermería del Hospital Isidro Ayora de Loja aproximadamente 360 personas.

Las variables, dimensión y su medición: Las variables a medir corresponden al nivel de ansiedad en el personal de Enfermería y el proceso de muerte. Para lo cual se utilizará la escala de Ansiedad de Hamilton (2002), escala de miedo a la Muerte de Collett –Lester (2011) y el cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (2007).

Instrumento de recolección de datos: se utilizará la escala de ansiedad de Hamilton (2002) la cual califica de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a **ansiedad psíquica** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y **ansiedad somática** (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8) **Anexo 2** y escala de miedo a la Muerte de Collett –Lester (2011) está conformada por 4 subescalas que proporcionan información multidimensional sobre el "Miedo a la Muerte propia", el "Miedo al Proceso de Morir propio", "Miedo a la Muerte de otros" y el "Miedo al Proceso de Morir de otros". Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada) a 5(mucho) **Anexo 3** y el cuestionario de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (2007) consta de 42 ítems se organizan en torno a 7 escalas, cada una de las cuales corresponde a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento **Anexo 4.**

Área de estudio: El presente trabajo investigativo se realizará en el Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, cuenta con los siguientes servicios de Hospitalización: Clínica, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Neonatología, Unidad de Quemados y Cuidados Intensivos y atención ambulatoria como: Consulta Externa, Emergencia, Hemodiálisis, Fisiatría y Rehabilitación; radiografía, endoscopia, ecografías,

entre otros. El Hospital labora con 523 funcionarios entre profesionales, administrativos y de trabajadores, en su gran mayoría especializada, capacitada técnicamente y con una amplia experiencia; el área técnica se compone de: 38 médicos tratantes, 24 médicos residentes asistenciales, 26 médicos residentes de postgrado, 4 odontólogos, 156 enfermeras, 156 auxiliares de enfermería.

Criterios de inclusión: personal que labora en la institución y que desea participar en la investigación.

Criterios de exclusión: personal que no desea participar en el estudio de investigación y no se encuentre durante la recolección de la información.

Uso de los resultados: Con los resultados obtenidos se contará con información que permita incrementar una adecuada formación en bioética y al manejo adecuado del proceso de muerte a los profesionales.

Consideraciones éticas: Con la finalidad de cumplir con los criterios éticos de la investigación, se pedirá la autorización a cada personal de Enfermería que labora en la institución, a través de la firma de un consentimiento informado donde se informará acerca de la confidencialidad de los datos, el fin del proyecto y el uso de los datos.

g. CRONOGRAMA

Se desarrollará en el periodo de septiembre2016- abril 2017.

Fecha Actividad	Marzo/ 16	Abril/ 16	Mayo/ 16	Junio/ 16	Julio/ 16	Agosto/ 16	Septiembre/16	Octubre /16	Noviembre/16	Diciembre /16	Enero/ 17	Febrero /17	Marzoª 17
Construcción del marco teórico					X	X							
Recolección de información							X	X	X				
Tabulación y análisis de datos										X			
Elaboración del primer borrador del proyecto											X		
Elaboración del segundo borrador del proyecto												X	
Elaboración del tercer borrador del proyecto													X
Entrega del informe final del proyecto													X

(Bionay Herrera 2016)

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El trabajo de investigación será autofinanciado por el investigador con un monto aproximado de $1200.

Recursos Actividad	Humanos	Materiales	Técnicos	Financieros
1. elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	Papel computadora impresora transporte viáticos	Programa de Word y Excel	1000
2. recolección de datos	Investigador personal de enfermería	Instrumento de recolección de datos		200
Totales				1200

(Bionay Herrera 2016)

i. BIBLIOGRAFÍA

Blai, R. (2015). Obtenido de Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad: https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/

Castanedo, I. Suáres, C & Vivar, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. Obtenido de http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf

Fernandez, C. (2010). Análisis de los niveles de Ansiedad ante la muerte de los Profesionales de Enfermeria de Cidados Críticos. *Nure*. Obtenido de http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/TESINA/NURE50_tesinaansiedad.pdf

Ferrari, H. (2008). *Salud Mental en Medicina* (segunda ed.). CORPUS.

Garcia,V & Rivas, E. (2013). EXPERIENCIA DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS PEDIÁTRICAS EN LA MUERTE DE UN NIÑO: VIVENCIAS, DUELO, ASPECTOS BIOÉTICOS. *scielo*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011

Grau, J. &. (2008). Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/801/80111670003.pdf

Guedes , E & Santa Rosa, D. (2013). Vivencia de las Enfermeras ante los Cuidados en el Proceso de Muerte. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100006&script=sci_arttext&tlng=e

Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J. (2013). Trastornos de Ansiedad. En *Tratado de Psiquiatria* (Segunda ed.). Ancora.S.A. Obtenido de http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf

Kozier & Erb. (2012). *Fundamentos de Enfermería* (Novena ed.). Madrid: Pearson Higher Education.

Ministerio de Salud Publica. (2013-2017). Obtenido de Prioridades de Investigacion en Salud: http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

Modelo de Atencion Inegral de Salud Familiar y Comunitaria . (2012). Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

OMS. (2010). *Sanar*. Obtenido de http://www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad

OMS/OPS. (2012). Obtenido de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:

dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236

Organizacion Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Pérez, C & Durand, I. (2013). *Enfermería Psicosocial.*

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermeria. (2013-2015). Obtenido de file:///D:/Users/Toshiba%20Satellite/Downloads/planestudios2013-04deseptiembre2015-1%20(1).pdf

Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013-2017). Obtenido de http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf

Sevilla, M & Ferre , C. (2013). Ansiedad ante la Muerte en Enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Signnificados. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300003&script=sci_arttext&tlng=eng

Zigmong, A & Snaith, R. (2013). Obtenido de http://psicoter.es/pdf/95_A138_03.pdf

j. ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLES
PROYECTO DE INVESTIGACION: Nivel de Ansiedad en el personal de Enfermería del Hospital Isidro Ayora ante la muerte de los pacientes.

Variables Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores Definiciones operacionales	Escalas	Subescalas
Nivel de ansiedad La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida.	Biopsicosocial.	**¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?** **¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en ….** **¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS**	1. El morir solo. 2. La vida breve. 3. Todas las cosas que perderás al morir 4. Morir joven 5. Cómo será el estar muerto/a 6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más 7. La desintegración del cuerpo después de morir 1. La degeneración física que supone el proceso de morir 2. El dolor que comporta el proceso de morir 3. La degeneración mental del envejecimiento 4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir 5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir 6. Tu falta de control sobre el proceso de morir 7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares 1. La pérdida de una persona querida 2. Tener que ver su cadáver	Mucho (5) Moderado (4) (3) (2) Nada (1)

		en ….. **¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en…..**	3. No poder comunicarte nunca más con ella 4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva 5. Envejecer solo/a, sin la persona querida 6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte 7. Sentirse solo/a sin ella 1. Tener que estar con alguien que se está muriendo 2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo 3. Ver cómo sufre dolor 4. Observar la degeneración física de su cuerpo 5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida 6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales 7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	
		Nivel de ansiedad	Ausencia Leve Moderada Grave Muy grave o incapacitante	0-4 Hasta 14 Hasta 28 Hasta 42 Hasta 56

		Afrontamiento al estrés	Focalizado en la solución del problema Autofocalización negativa Reevaluación positiva Expresión emocional abierta Evitación Búsqueda de apoyo social Religión	1, 8, 15, 22, 29, 36. 2, 9, 16, 23, 30, 37 3, 10, 17, 24, 31, 38. 4, 11, 18, 25, 32, 39. 5, 12, 19, 26, 33, 40. 6, 13, 20, 27, 34, 41. 7, 14, 21, 28, 35, 42

(Bionay Herrera 2016)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo 2

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA.

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la izquierda la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma que Ud considera. Todos los ítems deben ser puntuados.

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Licenciado/a de Enfermería ( ) **Edad:** **Sexo:** **Auxiliar de Enfermería ( )**			
1 **Ansiedad**	**Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.**		Puntaje
	0	Ud no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	Ud expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 **Tensión**	**Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.**		Puntaje
	0	Ud no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	Ud refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	Ud expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 **Miedo**	**Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.**		Puntaje

	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Ud ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para Ud combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 **Insomnio**	**Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.**		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 **Dificultades en la concentración y la memoria**	**Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.**		Puntaje
	0	Ud no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el Ud tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para Ud concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	Ud muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 **Animo deprimido**	**Comunicación veJrbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.**		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si Ud está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	Ud está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	

	3	Ud muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	Ud enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 **Síntomas somáticos generales (musculares)**	**Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.**		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	Ud ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para Ud combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
Síntomas somáticos generales (sensoriales)	**Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.**		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 **Síntomas cardiovascu-lares**	**Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.**		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero Ud los puede controlar.	
	3	Ud tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10	**Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..**		Puntaje

Síntomas respiratorios	**0**	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero Ud puede controlarlos.	
	3	Ud tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11	**Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.**		Puntaje
Síntomas gastrointestinales	**0**	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	Ud tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12	**Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.**		Puntaje
Síntomas genito urinarios	**0**	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	Ud tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13	**Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.**		Puntaje
Síntomas autonómicos	**0**	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral de Ud.	
	3	Ud tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	

	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral de Ud.	
14 **Conducta durante la entrevista**	**Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando**		Puntaje
	0	Ud no parece ansioso	
	1	Es dudoso que Ud esté ansioso	
	2	Ud está moderadamente ansioso	
	3	Ud está claramente ansioso	
	4	Ud está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

Escala de ansiedad de Hamilton (2002)

5	Ausente	0-4	Ausencia
6	Ligero	Hasta 14	Leve
7	Moderado	Hasta 28	Moderada
8	Grave	Hasta 42	Grave
9	Muy grave	Hasta 56	Muy grave / incapacitante

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo 3

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Licenciado/a de Enfermería ( ) **Edad:** **Sexo:**

Auxiliar de Enfermería ( )

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente.

	¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?	**Nunca (0)**	**Pocas veces (1)**	**A veces (2)**	**Frecuentemente (3)**	**Casi siempre (4)**
1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4	Descargué mi mal humor con los demás					
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7	Asistí a la Iglesia					
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10	Intenté sacar algo positivo del problema					
11	Insulté a ciertas personas					
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					

16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18	Me comporté de forma hostil con los demás					
19	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25	Agredí a algunas personas					
26	Procuré no pensar en el problema					
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32	Me irrité con alguna gente					
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35	Recé					
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40	Intenté olvidarme de todo					
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42	Acudí a la iglesia para poner velas o rezar					

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (2007)

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:
Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo 4

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA.

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

Licenciado/a de Enfermería ( ) Edad: Sexo:

Auxiliar de Enfermería ( )

Lea cada frase y contéstala rápidamente. No utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensa ahora mismo. Marque el número que mejor representa tu sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. El morir solo.	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en ….	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en …..	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en…..	**Mucho**	**Moderado**			**Nada**
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

Escala Collett-Lester (2011)

Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada) a 5(mucho). Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

Anexo 5

PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES, EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Bionay Elizabeth Herrera Ayala** , portadora de la cédula de identidad N° **1105088601**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy amablemente vuestro consentimiento y participación para colaborar con el desarrollo de la investigación titulada **Nivel de Ansiedad ante la muerte de los pacientes, en el Personal de Enfermería del Hospital "Isidro Ayora" de Loja**, el objetivo de esta investigación es identificar el nivel de Ansiedad en el personal de Enfermería del Hospital Isidro Ayora ante la muerte de los pacientes. Para lo cual solicito su cooperación llenando algunas escalas sobre la ansiedad y cuestionario de afrontamiento del estrés. El tiempo aproximado para esto es de 15 minutos.

Este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo y además Ud no recibirá ningún beneficio es decir ninguna compensación económica por su participación. Su contribución en esta investigación es totalmente voluntaria, es decir puede elegir participar o no hacerlo, esto no tendrá ningún tipo de sanción o represalias en los ámbitos laboral y personal, se agradece la veracidad al llenar los instrumentos, con los resultados se contará con información que permita incrementar una adecuada formación en bioética y aspectos emocionales que conlleva el proceso de muerte de los pacientes

Este proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado en ningún informe ya que la información será utilizada únicamente con fines de investigación.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Fecha: ……..…….

…….. ……..
Firma del/la participante.