

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sergio González Cervantes

Director

Enrique Pacheco del Cerro

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología



TESIS DOCTORAL

**Actitudes ante la muerte en estudiantes de Grado de
Enfermería**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sergio González Cervantes

Director

Enrique Pacheco del Cerro

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología



**ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN
ESTUDIANTES DE GRADO DE
ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL

Sergio González Cervantes

Madrid, 2015

Director

Enrique Pacheco del Cerro

“Si se cree y se trabaja, se puede”

Diego Pablo Simeone

A mis padres, a quien todo debo

A Esther

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de la elaboración de esta Tesis Doctoral, han sido muchas las personas que de manera directa e indirecta han ayudado a su consecución. Sin duda alguna, os merecéis estas líneas:

En primer lugar, mi más sincero agradecimiento al Director de la presente Tesis, el Doctor Enrique Pacheco del Cerro. Gracias por tu apoyo, comprensión y asesoramiento. Para mí siempre serás un ejemplo a seguir.

Agradecer a la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española (Comunidad de Madrid), así como a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, las facilidades a la hora de administrar los cuestionarios, resaltando la gran ayuda brindada por todas las personas que ayudaron de manera desinteresada a la administración de los mismos. Muchísimas gracias.

Expresar la enorme gratitud que siento hacia todos los estudiantes que de manera generosa accedieron a cumplimentar el cuestionario. Sois el epicentro de esta Tesis Doctoral y sin vosotros la realización de la misma no habría sido posible. Muchas gracias por vuestro tiempo e interés.

Gracias a la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española por las facilidades dadas para la realización de esta Tesis, con especial atención a su Directora, la Doctora Rosa Pulido Mendoza, que depositó su confianza en mí y me apoyó desde el primer día.

Así mismo, quiero mostrar mi agradecimiento hacia todos y cada uno/a de mis compañeros/as de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Española (Lola, Eva Pérez, Iliana, Marta, Alfonso, Raquel González, Juan Fran, Beatriz, Raquel Luengo, Eva García-Carpintero, Esther, Alberto y Cesar). Gracias por mostrarme vuestra mejor sonrisa en los momentos más difíciles. Vuestro apoyo y cariño han resultado claves para la consecución de esta Tesis.

No podría olvidarme de toda mi familia...

Mis abuelos, en especial, mi abuelo Santos. Gracias por sentirte orgulloso siempre de mí, por enseñarme que aunque la vida te deje tocado, uno siempre se puede superar. Allá donde estés, estarás esbozando una sonrisa por ver hasta dónde hemos llegado.

A mis tíos, José Emilio y Marisol, gracias por ser esos segundos padres, por el cariño mostrado y por el interés demostrado hacia mi trabajo. Y a ti Gema, eres y serás siempre nuestra alegría.

A mi hermano Alex, sin duda mi ejemplo a seguir...en las buenas y en las malas siempre te has superado y seguirás superándote. Prueba de ello es que encontraste una gran persona, Emma. Gracias a los dos por interesaros tanto por mi trabajo y por no dejarme perder nunca la ilusión.

De forma muy especial, quiero agradecer la consecución de esta Tesis Doctoral a mis padres. Mil gracias por vuestro cariño, por tenderme la mano para levantarme, por vuestra paciencia, constancia, y orgullo hacia mí. Es de agradecer vuestro apoyo en todos los momentos, incluidos aquellos en los que me estaba equivocando. Sin duda alguna, esta Tesis siempre será, en parte, vuestra.

A ti, Esther, mi muleta, mi confidente, mi amiga, la persona de la que todos nos querríamos rodear. Gracias por tu incesante apoyo, por no permitirme ni un segundo dudar y por sacar siempre, el lado bueno de las cosas. Eres y serás mi mentora, mi heroína y la persona que siempre querré ser. Lucha por tus sueños, te los mereces, estoy seguro que todo lo que persigas lo conseguirás. Sin duda, eres la persona que más se lo merece.

Y finalmente a ti, Antonio, gracias por darme la lección más importante: al final esto consiste únicamente en ser feliz.

Gracias a todos/as aquellos/as que me haya podido dejar en el tintero... que han hecho de mí una mejor persona, que estuvieron y ya no están, que siguen estando, y muchos de ellos que vendrán.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Por todos es conocida la importancia y necesidad del soporte emocional al enfermo moribundo, si bien, es tanto o más importante la preparación emocional del personal sanitario que está día a día trabajando al lado de la muerte. En este sentido, es sabido que la vivencia del proceso de morir genera un amplio abanico de actitudes y respuestas emocionales que se han de tener en cuenta en el momento de preparar al personal sanitario, siendo las más frecuentes la ansiedad, el miedo y la depresión (Limonero, 1996; Busquets, 2001).

En la actualidad y en nuestra sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos cotidianos. Esta negación social de la muerte lleva a esconder y medicalizar la misma.

Siguiendo con esta línea, los profesionales sanitarios no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos. El personal sanitario y en concreto, el colectivo de enfermería, que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, padece en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte (Tomás-Sábado y Guix, 2001).

Teniendo presentes los argumentos anteriores, es evidente que para prestar la mejor atención posible al enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en enfermería, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos. Como señala Bayés et al. (2000), cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible, y por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejora de la formación de los profesionales de la salud en general, y de enfermería en particular, consistirá en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás.

Así pues, el objetivo de la presente investigación es aportar nuevos datos que ayuden a mejorar notablemente la formación referente a la preparación emocional en los

profesionales de enfermería. Para ello, nuestro objetivo consistirá en analizar actitudes y aspectos socioculturales hacia la muerte, que pueden traducirse en una atención inadecuada.

Para llevar a término este objetivo, se han analizado las variables que pueden intervenir en la aparición de ansiedad y miedo en los profesionales sanitarios. El conocimiento de ello podrá repercutir muy favorablemente en la formación del futuro profesional de enfermería, ya que si conocemos que aspectos predisponen y protegen la aparición de sentimientos de rechazo hacia la muerte se podrán potenciar éstos, lo que repercutirá con el tiempo, en una mejor atención al enfermo terminal, al encontrarnos con un profesional de enfermería con una mejor predisposición y preparación. Por otro lado, no debemos obviar que un profesional preparado y motivado es la mejor garantía para mantenerse libre del *burn-out* que puede generar el estar día a día con la muerte el dolor, la tristeza, la agonía y el duelo (Collel et. Al, 2003).

METODOLOGÍA

Metodológicamente, el estudio se ajusta a un diseño descriptivo, transversal y multicéntrico.

La población diana está formada por estudiantes de los cuatro cursos de grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid (EUECREM) y estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid (FEFP).

A dicha población se les administró un dossier a modo de cuadernillo a lo largo del curso académico 2013-2014 que incluían, por un lado, variables de caracterización, y por otro lado diferentes escalas para medir los diferentes procesos emocionales y actitudes ante la muerte entre las que destacan: la TMMS-24 para medir la inteligencia emocional, el PAM-R para medir las actitudes ante la muerte, la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte para medir la competencia percibida frente a la muerte, la Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins, así como la Escala modificada de miedo a la muerte de Collet-Lester y finalmente la escala DAS (Death Anxiety Scale) de Templer.

A fin de proceder a la administración de dichos cuestionarios se solicitó la autorización para llevar a cabo la misma en los ya mencionados centros, obteniendo la autorización en ambos centros.

El cuestionario fue administrado bien por el investigador principal, o bien por Profesores Titulares de la EUECREM y la FEFP en los casos en los que el investigador principal no pudiera administrarlos. Independientemente de quién administrará los cuestionarios las instrucciones fueron las mismas, evitando en la medida posible sesgos del entrevistador.

Los cuestionarios se administraron bien en los centros de prácticas o en la Facultad/Escuela, atendiendo a las circunstancias de los estudiantes y centros en el momento de pasar los cuestionarios. Cabe remarcar que los cuestionarios fueron contestados por los estudiantes de ambos centros en similares circunstancias, en cuanto al número de prácticas hospitalarias cursadas.

Una vez recogidos los cuestionarios, éstos se tabularon y analizaron a través del Software IBM® SPSS® Statistics V21.0.0.

Una vez tabulados todos los cuestionarios se procedió al análisis de los datos. Para la presente investigación se llevaron a cabo 2 tipos de análisis los cuales describiremos a continuación:

Análisis descriptivo:

El análisis descriptivo se dividió a su vez en dos partes; análisis descriptivo de las llamadas variables sociodemográficas o de caracterización y análisis descriptivo del resto de variables.

En el primero de ellos se procedió a analizar las variables sociodemográficas o de caracterización, pertenecientes a los sujetos que participaron en la investigación. Así, las variables estudiadas fueron centro de estudios, curso en el que se encuentran matriculados, sexo y edad. Seguidamente el resto de variables fueron analizadas de manera descriptiva.

Cada una de las variables fue descrita para el total de la muestra, por centro, por curso y en su caso aquellas que por sus características lo requieran por sexo. Se describieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

Así mismo, se compararon las puntuaciones obtenidas entre centros, cursos, y sexos para cada una de las variables, para lo que se emplearon pruebas no paramétricas, debido a que existe una distribución no normal. Así, las pruebas no paramétricas empleadas fueron el test de Wilcoxon-Mann-Whitney (para dos muestras independientes), y el test de Kruskal-Wallis (para k -muestras independientes), y test de χ -cuadrado (para dos muestras cualitativas independientes). En todos los casos, los resultados presentados se ciñen a un intervalo de confianza del 95%.

Análisis de asociación:

En el caso de tratarse de dos variables cuantitativas se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que como ya vimos las variables no cumplen la ley de normalidad. A través de éste se hallaron las correlaciones a nivel 0,01 y/o 0,05, es decir, con un intervalo de confianza de 99 y 95% respectivamente. Para hallarse las correlaciones entre variables cuantitativas y cualitativas, y debido a que como vimos las variables no siguen una distribución normal, se empleó el test de Wilcoxon-Mann-Whitney (para dos muestras independientes) y el test de Kruskal-Wallis (para k -muestras independientes).

RESULTADOS

En total contestaron al cuestionario de forma válida 1227 sujetos, distribuyéndose 267 (21,7%) a la EUECREM y 960 (78,3%) a la FEFP.

Para cada una de las variables estudiadas cabría resumir lo siguiente:

Presencia de un fallecimiento:

Existe un alto porcentaje de estudiantes (83,68%) que ha presenciado un fallecimiento durante sus prácticas tuteladas. Cabría destacar que a medida que va aumentando el curso, ocurre lo que a priori es obvio, el porcentaje de estudiantes que no han presenciado un fallecimiento disminuye paulatinamente. Por su parte destaca que el haber presenciado un fallecimiento predispone mayor puntuaciones de percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos no terminales, y emocional para terminales.

Percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales:

Los alumnos manifiestan una preparación regular-alta en relación a la sensación de sentirse preparados emocional y asistencialmente para cuidar enfermos terminales y no terminales.

Cabría remarcar que la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales correlaciona negativamente con la escala de miedo a la muerte de Collet Lester.

Predilección laboral:

Se puede observar que para el total de la muestra el lugar que más predilección laboral presenta es el “trabajar con enfermos en urgencias”, mientras que el que menos predilección presenta es “trabajar con enfermos terminales geriátricos” seguido muy de cerca por “trabajar con enfermos terminales de cáncer”.

En cuanto a las correlaciones, destaca que aquellos sujetos con elevada predilección laboral por trabajar con enfermos terminales, sean geriátricos o de cáncer, tienen puntuaciones menores de ansiedad ante la muerte.

Inteligencia emocional:

Para cada una de las dimensiones clave de inteligencia emocional se obtuvieron puntuaciones normales-adequadas, resultados similares a los evidenciados en poblaciones de similares características.

En lo que respecta a las correlaciones, la DAS correlaciona positivamente con la dimensión atención y negativamente con las dimensiones reparación y claridad. Por su parte, en lo que respecta a la Escala de miedo a la muerte, todas las sub-escalas correlacionan positivamente para la dimensión atención.

Perfil revisado de actitudes hacia la muerte:

La mayor puntuación se obtiene para la actitud “aceptación de la muerte”, lo cual nos evidencia que la inmensa mayoría de los estudiantes entiende la muerte como un hecho biológico inherente a la condición humana.

En cuanto a las correlaciones aquellos sujetos que obtenían puntuaciones altas para la actitud de aceptación, correlacionaban negativamente con la escala de miedo ante la muerte (y todas sus sub-escalas) y con la DAS. Por el contrario, aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones elevadas en actitudes de miedo y evitación, correlacionan positivamente con la Escala de miedo ante la muerte, y la Escala de ansiedad ante la muerte.

Competencia percibida frente a la muerte, y autoeficacia frente a la muerte.

En relación a la competencia percibida, se obtuvieron puntuaciones medias, moderadas para el total de la muestra. Por su parte, en la autoeficacia se obtienen puntuaciones más elevadas (medio-altas) en comparación a la competencia percibida

En cuanto a las correlaciones, se observa una correlación negativa de ambas con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester, y con la DAS.

Miedo y ansiedad ante la muerte

Destaca que los sujetos encuestados presentan mayor miedo a la muerte del otro, que a su propia muerte. En lo que respecta a la DAS, se obtiene una puntuación media de 7,87 puntos para el total de la muestra.

Finalmente en lo que respecta a las diferencias por cursos, podemos ver que la ansiedad ante la muerte no experimenta diferencias significativas entre cursos.

CONCLUSIONES

- Los estudiantes de enfermería se sienten más preparados emocional y asistencialmente para cuidar enfermos en general respecto a enfermos en situación terminal.
- No existe un alto nivel de deseo por trabajar con enfermos en situación terminal en comparación con otro tipo de pacientes.
- La dimensión atención de la inteligencia emocional correlaciona positivamente con el miedo y la ansiedad ante la muerte, mientras que las dimensiones claridad y reparación correlacionan negativamente.
- Aquellos sujetos con actitudes negativas frente a la muerte mostrarán niveles más bajos de los procesos emocionales estudiados; inteligencia emocional, competencia percibida y autoeficacia.
- La competencia percibida y la autoeficacia, ambas frente a la muerte, correlacionan negativamente con el miedo y la ansiedad ante la muerte.
- Existe una correlación positiva entre todos los procesos emocionales estudiados; inteligencia emocional, competencia percibida y autoeficacia.
- Los niveles de miedo y ansiedad ante la muerte se mantienen estables a lo largo de los cuatro años de carrera.
- Los niveles de los procesos emocionales expuestos actuarán como buenos predictores de las actitudes ante la muerte que presente el sujeto.

PALABRAS CLAVE:

Actitudes, muerte, estudiantes, enfermería.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The importance and need of emotional support to the dying patient is known by all. However, the emotional readiness of health workers who are working alongside death on a daily basis is just as important or more so. In this sense, it is known that the process of dying generates a wide range of attitudes and emotional responses that should be taken into account when preparing health personnel; anxiety, fear and depression being those that are most frequent (Limonero, 1996, Busquets, 2001).

At present and in our Western society, death is experienced as something strange, unexpected and, that most of the time, is not present in our daily thoughts. This social denial of death causes tendencies to hide and medicate it.

On this line, healthcare professionals are not exempt from the influence of society or the experience of emotions that death generates as well as working with dying patients. Health workers, and in particular the group of nurses, who must often deal with death, suffer anxiety and restlessness in a greater or lesser degree, which may result in inadequate care, such as attitudes of rejection, flight or insecurity among other dysfunctions, as they must also cope with their own fears of death (Thomas-Sábado & Guix, 2001).

With the above arguments, it is clear that in nursing, specific training in aspects related to death, terminal illnesses, and grieving is necessary, in order to provide the best possible care to patients in a situation of advanced and terminal illness as well as their families. As Bayés et al (2000) says, each person experiences his own dying process as unique and irreversible, and therefore there is no single way of living and experiencing death, so the first step in improving the training of healthcare professionals overall, and

nursing in particular, consists in knowing their own attitudes and emotions towards their own death and towards the death of others.

Therefore, the objective of this research is to provide new data to significantly help improve nurse training relative to emotional preparation. To do this, our goal is to analyze attitudes and socio-cultural aspects towards death, which may result in inadequate care.

To carry out this goal, we have analyzed the variables that may be involved in the onset of anxiety and fear in health professionals. Knowing this may impact favorably in the training of future professional nurses, because if we know what aspects predispose these feelings and which protect the appearance of those relative to rejection toward death, these can be strengthened, which will eventually result in better chances that the terminally ill will meet a nurse with better predisposition and preparation. On the other hand, we must not forget that a professional who is prepared and motivated has the best chance of avoiding the burn-out that can be generated by daily contact with death, pain, sadness, agony and grief (Collel et. al, 2003).

METHODOLOGY

The study follows a descriptive, cross-sectional multicenter design.

The target population consists of students from the Nursing School of Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española, in Madrid, Universidad Autónoma de Madrid (EUECREM) and nursing students from the Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid (FEFP).

This population was given a dossier as a booklet throughout the academic year 2013-2014 that included, on the one hand, characterization variables, and across different scales to measure different emotional processes and attitudes towards death, amongst

these the following: the TMMS-24 to measure emotional intelligence, the PAM-R to measure attitudes toward death, Scale coping Bugen death to measure perceived competition with death, Scale efficacy against the related death Robbins hospices as well as the modified scale of fear of death and finally Collet- Lester scale (DAS DeathAnxiety scale) Templer.

In order to give out these questionnaires and carry out this study authorization was required and obtained in both centers.

The questionnaire was administered either by the main investigator or by Professors of EUECREM and FEFP in cases where the main investigator not could do this. Regardless of who administered these questionnaires, the instructions were the same, in order to avoid possible interviewer bias.

The questionnaires were administered either in practice centers or in the Faculty / School, depending on the circumstances of students and centers at the time of responding the questionnaires. It is worth mentioning that the questionnaires were answered by students from both schools in similar circumstances, as to the number of hospital practices carried out.

Once the questionnaires were collected back, they were tabulated and analyzed through V21.0.0 Software IBM® SPSS® Statistics.

Once tabulate, data analysis was carried out. For the present study two types of analysis were done which are described below:

Descriptive analysis:

Descriptive analysis was divided into two parts; descriptive analysis of the sociodemographic variables or of characterization and descriptive analysis of other variables.

In the first one, analysis of sociodemographic variables or characterization belonging to the subjects participating in research was done. The variables studied were types of centers where studies took place, specific course levels in which they are enrolled, sex and age. Then the rest of variables were analyzed descriptively.

Each of the variables were described for the total sample, per site, per course and, for those required, per sex. Frequencies, percentages, means and standard deviations were reported.

Also, the scores between schools, courses, and sexes were compared for each of the variables, for which non-parametric tests were used because there is an abnormal distribution. Non-parametric tests used were the Wilcoxon-Mann-Whitney test (for two independent samples), the Kruskal-Wallis test (for k independent samples), and the χ -square test (for two independent qualitative samples). In all cases, the results obtained had a confidence interval of 95%.

Association analysis:

In the case of the quantitative variables Spearman correlation coefficient was used, because, as we noted above the variables do not follow the law of normality. Through this, correlations were found at level 0.01 and / or 0.05, that is, with a confidence interval of 99 and 95% respectively. To find correlations between quantitative and qualitative variables, and because, as mentioned, the variables did not follow a normal distribution,

the Wilcoxon-Mann-Whitney test (for two independent samples) and the Kruskal-Wallis test (for k-independent samples) were used .

RESULTS

In total 1227 subjects answered the questionnaire in a valid manner, 267 (21.7%) belonging to the EUECREM centre and 960 (78.3%) to the FEFP centre.

For each of the variables studied, the following could be summarized:

Presence of a death:

There is a high percentage of students (83.68 %) that has seen a death during his/her supervised practice. One might note that as the course advances, what happens is obvious, that the percentage of students who have not witnessed a death gradually decreases. It must be emphasized that witnessing a death generates greater perception scores of care and emotional preparation for non-terminal patients care, and emotional preparation for terminal patients.

Perception of care and emotional preparation for care of terminal and non-terminal patients:

The students show a regular-high preparation in relation to the feeling of being emotionally prepared to care for terminal and non-terminal patients.

It needs to be mentioned, that welfare and emotional preparation for hospice care negatively correlated with the level of fear of death of Lester Collet.

Preference of type of work:

It can be seen that for the total sample the main preference is "working with emergency patients " while the type of work with the least predilection is "working with

terminal geriatric patients " followed closely by "working with terminally ill cancer patients ".

As for the correlations, it needs to be noted that those subjects with higher preference for working with terminally ill patients, be it cancer or geriatric patients, have lower scores in anxiety towards death.

Emotional Intelligence:

For each of the key dimensions of normal-appropriate emotional intelligence, the scores obtained were similar to those evidenced in populations with similar characteristics.

With respect to correlations, the DAS correlates positively with attention and negatively with repairing and clarity. Meanwhile, with regard to the scale of fear of death, all subscales correlated positively to the attention dimension.

Revised profile of attitudes toward death:

The highest score is obtained for the "acceptance of death" attitude, which shows us that the vast majority of students understand death as a biological fact inherent to the human condition.

As for those subjects that obtained high scores for the attitude of acceptance, these correlated negatively with the level of fear of death (and all subscales) and the DAS. On the contrary, subjects who obtained high scores on attitudes of fear and avoidance, correlate positively with the scale of fear of death, and the scale of anxiety towards death.

Perceived competence and self-efficiency towards death.

Regarding perceived competence, moderate scores for the total sample were obtained. However, higher perceived self-efficiency scores (medium-high) were obtained compared to perceived competence.

As for the correlation, a negative correlation is observed both with the scale of fear of death of Collet-Lester, and the DAS.

Fear and anxiety about death:

The subjects had greater fear of death of others, than their own deaths.. With respect to the DAS, a medium score of 7.87 points for the total sample was obtained.

Finally, with regard to differences between course levels, we can see that the anxiety towards death experienced has no significant differences.

CONCLUSIONS

- Nursing students feel more emotionally prepared to care for patients in general than to do so for terminally ill patients.
- There is not a high level of desire to work with terminally ill patients compared to other patients.
- The focus of emotional intelligence dimension correlates positively with fear and anxiety about death, while the dimensions repair and clearly correlate negatively.
- Those subjects with negative attitudes towards death show lower levels of emotional processes studied (emotional intelligence, perceived competence and self-efficiency).
- Perceived competence and self-efficiency, both facing death, negatively correlate with fear and anxiety towards death.

- There is a positive correlation between all emotional processes studied; emotional intelligence, perceived competence and self-efficiency.
- The levels of fear and anxiety towards death remain stable over the four-year career.
- The levels of the exposed emotional processes serve as good predictors of attitudes towards death that subjects may present.

PALABRAS CLAVE:

Attitudes, death, students, nursing.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

EUECREM	Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid. Universidad autónoma de Madrid.
FEFP	Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Asis_EnfT	Preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales
Asis_EnfN	Preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales
Emocio_EnfT	Preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales
Emocio_EnfN	Preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales
Lp_1	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos en un hospital de agudos
Lp_2	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos terminales de cáncer
Lp_3	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos en atención primaria
Lp_4	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos pediátricos
Lp_5	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos terminales geriátricos
Lp_6	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos ingresados en la UCI
Lp_7	Predilección laboral por: Trabajar con enfermos en urgencias
IE_A_1	TMMS-24: Presto mucha atención a los sentimientos
IE_A_2	TMMS-24: Normalmente me preocupo mucho por lo que siento
IE_A_3	TMMS-24: Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones
IE_A_4	TMMS-24: Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo
IE_A_5	TMMS-24: Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos
IE_A_6	TMMS-24: Pienso en mi estado de ánimo constantemente
IE_A_7	TMMS-24: A menudo pienso en mis sentimientos
IE_A_8	TMMS-24: Presto mucha atención a cómo me siento
∑_IE_A	TMMS-24: Sumatorio dimensión atención Inteligencia Emocional
IE_C_9	TMMS-24: Tengo claros mis sentimientos
IE_C_10	TMMS-24: Frecuentemente puedo definir mis sentimientos
IE_C_11	TMMS-24: Casi siempre sé cómo me siento
IE_C_12	TMMS-24: Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas
IE_C_13	TMMS-24: A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones
IE_C_14	TMMS-24: Siempre puedo decir cómo me siento
IE_C_15	TMMS-24: A veces puedo decir cuáles son mis emociones
IE_C_16	TMMS-24: Puedo llegar a comprender mis sentimientos
∑_IE_C	TMMS-24: Sumatorio dimensión claridad Inteligencia Emocional
IE_R_17	TMMS-24: Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista
IE_R_18	TMMS-24: Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables
IE_R_19	TMMS-24: Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida
IE_R_20	TMMS-24: Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal
IE_R_21	TMMS-24: Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme
IE_R_22	TMMS-24: Me preocupo por tener un buen estado de ánimo
IE_R_23	TMMS-24: Tengo mucha energía cuando me siento feliz
IE_R_24	TMMS-24: Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo
∑_IE_R	TMMS-24: Sumatorio dimensión reparación Inteligencia Emocional
Act_M_1	La muerte es sin duda una experiencia horrible
Act_M_2	La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad
Act_M_3	Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte

Act_M_4	Creo que iré al cielo cuándo muera
Act_M_5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones
Act_M_6	La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable
Act_M_7	Me trastorna la finalidad de la muerte
Act_M_8	La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva
Act_M_9	La muerte proporciona un escape de este mundo terrible
Act_M_10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo
Act_M_11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento
Act_M_12	Siempre intento no pensar en la muerte
Act_M_13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo
Act_M_14	La muerte es un aspecto natural de la vida
Act_M_15	La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna
Act_M_16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa
Act_M_17	No temería a la muerte ni le daría la bienvenida
Act_M_18	Tengo un miedo intenso a la muerte
Act_M_19	Evito totalmente pensar en la muerte
Act_M_20	El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho
Act_M_21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco
Act_M_22	Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir
Act_M_23	Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal
Act_M_24	La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida
Act_M_25	Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito
Act_M_26	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte
Act_M_27	La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma
Act_M_28	Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma
Act_M_29	Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida
Act_M_30	La muerte no es ni buena ni mala
Act_M_31	Espero una vida después de la muerte
Act_M_32	Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte
ACT_miedoM	Actitud miedo a la muerte
ACT_evitaciónM	Actitud evitación de la muerte
ACT_aceptación	Actitud aceptación neutral de la muerte
ACT_aceptaciónAcer	Actitud aceptación de acercamiento a la muerte
ACT_AceptacionEsc	Actitud aceptación de escape de la muerte
EB1	Competencia percibida frente a la muerte: Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir
EB2	Competencia percibida frente a la muerte: Me siento preparado para afrontar mi muerte
EB3	Competencia percibida frente a la muerte: Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte
EB4	Competencia percibida frente a la muerte: Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos
EB5	Competencia percibida frente a la muerte: Soy capaz de afrontar pérdidas futuras
EB6	Competencia percibida frente a la muerte: Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí
EB7	Competencia percibida frente a la muerte: Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales
EB8	Competencia percibida frente a la muerte: Sé cómo hablar con los niños de la muerte
EB9	Competencia percibida frente a la muerte: Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario
EB10	Competencia percibida frente a la muerte: Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir
EB11	Competencia percibida frente a la muerte: Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte

EB12	Competencia percibida frente a la muerte: Me puedo comunicar con un enfermo moribundo
∑_EB	Sumatorio competencia percibida frente a la muerte
EH1	Autoeficacia frente a la muerte: Afrontar la muerte de una persona anciana
EH2	Autoeficacia frente a la muerte: Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo
EH3	Autoeficacia frente a la muerte: Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo
EH4	Autoeficacia frente a la muerte: Tocar un cadáver
EH5	Autoeficacia frente a la muerte: Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo
EH6	Autoeficacia frente a la muerte: Comunicarte con un paciente moribundo
EH7	Autoeficacia frente a la muerte: Dar el pésame a una familia de un paciente
EH8	Autoeficacia frente a la muerte: Afrontar la muerte de un amigo de tu edad
EH9	Autoeficacia frente a la muerte: Acompañar a una persona en el momento de su muerte
EH10	Autoeficacia frente a la muerte: Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables
EH11	Autoeficacia frente a la muerte: Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente
∑_EH	Sumatorio autoeficacia frente a la muerte
CL_PM_1	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte: Perder todo lo que se tiene en esta vida
CL_PM_2	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte: No poder sentir o pensar algo nunca más
CL_PM_3	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte: La imposibilidad total de comunicación
CL_PM_4	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte: Que nadie te recuerde tras tu muerte
CL_PM_5	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte: Morir joven
CL_∑_PM	Sumatorio Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte
CL_media_PM	Media Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la propia muerte
CL_PPM_1	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir: Un dolor continuo insoportable
CL_PPM_2	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir: La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas
CL_PPM_3	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir: El deterioro de mis facultades mentales
CL_PPM_4	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir: La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos
CL_PPM_5	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir: La incertidumbre que acompaña al proceso de morir
CL_∑_PPM	Sumatorio Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir
CL_media_PPM	Media Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al propio proceso de morir
CL_MO_1	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro: Su pérdida definitiva
CL_MO_2	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro: El hecho de que no podré verla, sentirla y oírla nunca más
CL_MO_3	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro: No poder comunicarme con ella nunca más
CL_MO_4	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro: Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva
CL_MO_5	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro: Sentirme solo/a sin ella
CL_∑_MO	Sumatorio Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro

CL_media_MO	Media Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo a la muerte del otro
CL_PMO_1	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro: Contemplar su dolor y sufrimiento
CL_PMO_2	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro: Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas
CL_PMO_3	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro: Contemplar su deterioro mental
CL_PMO_4	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro: Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos
CL_PMO_5	Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro: Sentirme sin recursos para ayudarla
CL_Σ_PMO	Sumatorio Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro
CL_media_PMO	Media Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Miedo al proceso de morir del otro
DAS_1	Tengo mucho miedo a morirme
DAS_2	Escala DAS: Raramente me viene a la cabeza la idea de la muerte
DAS_3	Escala DAS: No me pone nervioso que la gente hable de la muerte
DAS_4	Escala DAS: Me horroriza pensar que he de sufrir una operación
DAS_5	Escala DAS: No tengo ningún miedo a morirme
DAS_6	Escala DAS: No estoy especialmente temeroso de llegar a tener un cáncer
DAS_7	Escala DAS: No me molesta nunca la idea de la muerte
DAS_8	Escala DAS: A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente
DAS_9	Escala DAS: Me da miedo morir de una muerte dolorosa
DAS_10	Escala DAS: El tema de la otra vida me preocupa mucho
DAS_11	Escala DAS: Me espanta tener un ataque de corazón
DAS_12	Escala DAS: A menudo pienso que la vida es realmente corta
DAS_13	Escala DAS: Me estremezco cuando la gente habla de la tercera Guerra Mundial
DAS_14	Escala DAS: La visión de un cadáver me horroriza
DAS_15	Escala DAS: Pienso que el futuro no me depara nada que temer
Σ_DAS	Sumatorio Escala DAS



ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT	19
1. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUERTE	41
1.1 PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LA MUERTE	43
1.2 HISTORIA DE LA MUERTE EN OCCIDENTE	48
1.2.1 La muerte domada	48
1.2.2 La muerte propia	50
1.2.3 La muerte lejana y próxima	51
1.2.4 La muerte del otro	52
1.2.5 La muerte invertida	53
2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUERTE	59
2.1 DIFICULTADES PARA DEFINIR LA MUERTE	59
2.2 TIPOLOGÍA DE DEFINICIONES MÉDICAS DE MUERTE	64
2.3 CONCEPTO DE MUERTE EN ESPAÑA	82
2.4 TIPOS DE MUERTE	85
3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE	93
3.1 ACTITUDES ANTE LA MUERTE	93
3.1.1 Concepto y naturaleza de la actitud	93
3.1.2 Componentes de la actitud	96
3.1.3 Formación y función de las actitudes	99
3.1.4 Medida y evaluación de las actitudes	101
3.1.5 Actitudes y percepciones ante la muerte	104
3.1.5.1 Actitudes ante la propia muerte	105
3.1.5.1.1 Los niños y la muerte	106
3.1.5.1.2 Los adolescentes, los adultos y la muerte	111
3.1.5.2 La muerte del otro para el profesional y estudiante de enfermería	115
3.1.6 Medida y evaluación de las actitudes ante la muerte	119
3.1.7 Actitudes de rechazo a la muerte	122
3.1.7.1.1 El miedo	124
3.1.7.1.1.1 Aproximación conceptual	124
3.1.7.1.1.2 Miedo a la muerte	128
3.1.7.1.1.3 Evaluación del miedo a la muerte	135
3.1.7.1.2 La ansiedad	142
3.1.7.1.2.1 Conceptualización del término ansiedad	142
3.1.7.1.2.1.1 Términos sinónimos. Convergencias y divergencias	143
3.1.7.1.2.1.1.1 Ansiedad versus angustia	143
3.1.7.1.2.1.1.2 Ansiedad versus miedo	145
3.1.7.1.2.2 Definición actual de ansiedad	147
3.1.7.1.2.3 Conceptualización del constructo ansiedad	149
3.1.7.1.2.4 Características de la ansiedad	152
3.1.7.1.2.5 Ansiedad ante la muerte	155

3.1.7.1.2.6. Evaluación de la ansiedad ante la muerte	172
3.1.8. Funciones de las actitudes en la educación sobre la muerte	180
3.1.8.1. Cambio de actitudes en la educación sobre la muerte	182
3.2. PROCESOS EMOCIONALES ANTE LA MUERTE	186
3.2.1. Autoeficacia y competencia percibida	189
3.2.2. La inteligencia emocional	196
4. PARTE EMPÍRICA	213
4.1. HIPÓTESIS	213
4.2. OBJETIVOS	214
4.3. JUSTIFICACIÓN	215
4.4. MÉTODO	217
4.4.1. Diseño	217
4.4.2. Sujetos de estudio:	218
3.4.2.1. Tamaño muestral	219
4.4.3. Instrumentos	222
4.4.4. Procedimiento	230
4.4.4.1. Recogida	230
3.4.4.2. Análisis de los datos	235
4.4.5. Dificultades/limitaciones encontradas	238
5. RESULTADOS	241
5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	241
5.2. ASOCIACIÓN DE VARIABLES	336
6. DISCUSIÓN	365
6.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	365
6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	392
7. CONCLUSIONES	399
BIBLIOGRAFÍA	403
ANEXO I. Cuestionario	419
ANEXO II. Instrumentos	423
ANEXO III. Autorizaciones	427
ANEXO IV. Asociación de variables	429
ANEXO V. Análisis de normalidad	431


ÍNDICE TABLAS

Tabla 1	Tamaño muestral
Tabla 2	Resumen administración cuestionarios
Tabla 3	Porcentaje de cuestionarios respecto a la población de referencia
Tabla 4	Estimación poblacional respecto a la población de referencia
Tabla 5	Puntos de corte. Inteligencia emocional. Dimensión atención emocional
Tabla 6	Puntos de corte. Inteligencia emocional. Dimensión claridad emocional
Tabla 7	Puntos de corte. Inteligencia emocional. Dimensión reparación emocional
Tabla 8	Claves para la corrección del Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte
Tabla 9	Presencia de un fallecimiento por curso
Tabla 10	Predilección laboral para el total de la muestra
Tabla 11	Predilección laboral por centro
Tabla 12	Predilección laboral por curso (1°)
Tabla 13	Predilección laboral por curso (2°)
Tabla 14	Predilección laboral por curso (3°)
Tabla 15	Predilección laboral por curso (4°)
Tabla 16	Predilección laboral por curso y centro (1°)
Tabla 17	Predilección laboral por curso y centro (2°)
Tabla 18	Predilección laboral por curso y centro (3°)
Tabla 19	Predilección laboral por curso y centro (4°)
Tabla 20	Predilección laboral por sexo
Tabla 21	Predilección laboral por sexo y centro (EUECREM)
Tabla 22	Predilección laboral por sexo y centro (FEFP)
Tabla 23	Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso
Tabla 24	Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso (EUECREM)
Tabla 25	Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso (FEFP)
Tabla 26	Actitudes ante la muerte para el total de la muestra
Tabla 27	Actitudes ante la muerte por centro
Tabla 28	Actitudes ante la muerte por curso
Tabla 29	Actitudes ante la muerte por curso y centro
Tabla 30	Actitudes ante la muerte por sexo
Tabla 31	Actitudes ante la muerte por sexo y centro
Tabla 32	Competencia percibida frente a la muerte para el total de la muestra
Tabla 33	Competencia percibida frente a la muerte por centro
Tabla 34	Competencia percibida frente a la muerte por curso
Tabla 35	Competencia percibida frente a la muerte por curso y centro
Tabla 36	Competencia percibida frente a la muerte por sexo
Tabla 37	Competencia percibida frente a la muerte por sexo y centro
Tabla 38	Autoeficacia frente a la muerte para el total de la muestra
Tabla 39	Autoeficacia frente a la muerte por centro
Tabla 40	Prueba U de Mann-Whitney para la autoeficacia frente a la muerte a razón del centro
Tabla 41	Autoeficacia frente a la muerte por curso
Tabla 42	Autoeficacia frente a la muerte por curso y centro
Tabla 43	Autoeficacia frente a la muerte por sexo
Tabla 44	Autoeficacia frente a la muerte por sexo y centro

Tabla 45	Miedo a la muerte para el total de la muestra
Tabla 46	Miedo a la muerte por centro
Tabla 47	Miedo a la muerte por curso
Tabla 48	Miedo a la muerte por curso y centro
Tabla 49	Miedo a la muerte por sexo
Tabla 50	Prueba U de Mann-Whitney para la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. A razón del sexo
Tabla 51	Miedo a la muerte por sexo y centro
Tabla 52	Prueba U de Mann-Whitney para la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. A razón del sexo y centro
Tabla 53	Escala DAS por centro
Tabla 54	Prueba U de Mann-Whitney para la escala DAS. A razón del centro
Tabla 55	Escala DAS por curso
Tabla 56	Escala DAS por centro y curso
Tabla 57	Prueba U de Mann-Whitney para la Escala DAS. A razón del curso
Tabla 58	Escala DAS por sexo
Tabla 59	Escala DAS por sexo y centro
Tabla 60	Prueba U de Mann-Whitney para la Escala DAS. A razón del centro y sexo
Tabla 61	Prueba U de Mann-Whitney para la Escala DAS. A razón del centro y sexo (femenino)
Tabla 62	Prueba U de Mann-Whitney para haber presenciado un fallecimiento
Tabla 63	Rho de Spearman. Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales
Tabla 64	Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la inteligencia emocional
Tabla 65	Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la predilección laboral
Tabla 66	Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con las actitudes ante la muerte
Tabla 67	Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte
Tabla 68	Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS
Tabla 69	Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral
Tabla 70	Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con la Inteligencia emocional
Tabla 71	Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con las actitudes ante la muerte
Tabla 72	Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte
Tabla 73	Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS
Tabla 74	Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional
Tabla 75	Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional con las actitudes ante la muerte
Tabla 76	Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional con la competencia y autoeficacia frente a la muerte
Tabla 77	Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS
Tabla 78	Rho de Spearman. Correlaciones de las actitudes ante la muerte
Tabla 79	Rho de Spearman. Correlaciones de las actitudes ante la muerte con la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte
Tabla 80	Rho de Spearman. Correlaciones de las actitudes ante la muerte con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS
Tabla 81	Rho de Spearman. Correlaciones de la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte
Tabla 82	Rho de Spearman. Correlaciones de la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte con las actitudes ante la muerte
Tabla 83	Rho de Spearman. Correlaciones de la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y Escala DAS

ÍNDICE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Distribución del tamaño muestra por curso. EUECREM y FEFP
- Gráfico 2 Distribución de la muestra a razón del centro
- Gráfico 3 Distribución de la muestra a razón del curso
- Gráfico 4 Distribución de la muestra a razón del curso y centro
- Gráfico 5 Distribución de la muestra a razón del sexo
- Gráfico 6 Distribución de la muestra a razón del sexo y del centro
- Gráfico 7 Distribución de la muestra a razón del sexo y curso
- Gráfico 8 Distribución de la muestra a razón del sexo, curso y centro
- Gráfico 9 Presencia de un fallecimiento para el total de la muestra
- Gráfico 10 Presencia de un fallecimiento por centro
- Gráfico 11 Presencia de un fallecimiento por centro y curso
- Gráfico 12 Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales
- Gráfico 13 Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por centro
- Gráfico 14 Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por curso
- Gráfico 15 Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por curso y centro
- Gráfico 16 Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por sexo y centro
- Gráfico 17 Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales
- Gráfico 18 Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por centro
- Gráfico 19 Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por curso
- Gráfico 20 Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por curso y centro
- Gráfico 21 Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por sexo y centro
- Gráfico 22 Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales
- Gráfico 23 Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por centro
- Gráfico 24 Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por curso
- Gráfico 25 Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por curso y centro
- Gráfico 26 Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por sexo y centro
- Gráfico 27 Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales
- Gráfico 28 Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por centro
- Gráfico 29 Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por curso
- Gráfico 30 Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por curso y centro
- Gráfico 31 Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por sexo y centro
- Gráfico 32 Predilección laboral para el total de la muestra
- Gráfico 33 Predilección laboral por centro
- Gráfico 34 Predilección laboral por curso
- Gráfico 35 Predilección laboral por sexo
- Gráfico 36 Predilección laboral por sexo y centro
- Gráfico 37 Distribución puntos de corte inteligencia emocional para el total de la muestra (hombres)
- Gráfico 38 Distribución puntos de corte inteligencia emocional para el total de la muestra (mujeres)
- Gráfico 39 Distribución puntos de corte inteligencia emocional para la EUECREM
- Gráfico 40 Distribución puntos de corte inteligencia emocional para la FEFP
- Gráfico 41 Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso
- Gráfico 42 Actitudes ante la muerte para el total de la muestra
- Gráfico 43 Actitudes ante la muerte por centro
- Gráfico 44 Actitudes ante la muerte por curso
- Gráfico 45 Actitudes ante la muerte por sexo
- Gráfico 46 Competencia percibida frente a la muerte para el total de la muestra
- Gráfico 47 Competencia percibida frente a la muerte por centro
- Gráfico 48 Competencia percibida frente a la muerte por sexo
- Gráfico 49 Autoeficacia frente a la muerte para el total de la muestra
- Gráfico 50 Autoeficacia frente a la muerte por centro
- Gráfico 51 Autoeficacia frente a la muerte por sexo



1. Aspectos descriptivos de la muerte

1. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUERTE

La muerte, ha sido y es uno de los temas que más inquietud ha provocado en el ser humano a lo largo de la historia. Es por ello que desde la más remota antigüedad, el hombre no ha dejado de especular acerca de sus causas, su significación, sus consecuencias y su origen, tratando de encontrar respuesta a los interrogantes que ésta plantea.

Así, el interés por el asunto de la muerte se ha orientado desde muy diversos enfoques, tratándose de un fenómeno multidisciplinar de sustancial importancia en la vida del ser humano y susceptible de ser considerada:

Fin de un proceso biológico (biología), que promueve unas determinadas actitudes psíquicas y comportamentales, tanto a nivel individual como de grupo (psicología y sociología), y que en el transcurso del tiempo ha ido originando un universo de significaciones (filosofía), encarnadas en tipos, prácticas y costumbres (etnología y antropología), cuyo discernimiento ha sido muchas veces el móvil de procesos artísticos (arte y literatura), apareciendo como una frontera que el instinto de conservación del hombre trata de alejar lo más posible (medicina). (Valdés, 1994, p.14)

Todos estos enfoques, que lógicamente son complementarios, podrían constituir lo que, en 1901, el ucraniano Iliá Mechnikov, premio Nobel de fisiología y medicina en 1908, definió como tanatología, es decir, el conjunto de conocimientos médicos relativos a la muerte, tal y como lo define la Real Academia Española en su vigésima tercera edición del diccionario de la lengua española.

Debido a su orientación multidisciplinar, es de asumir que evoque un enorme interés en la mayor parte de profesionales de las más dispares disciplinas, ya que como

1. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUERTE

Valdés (1994) afirma: “Tan importante como el origen de la vida, es el origen de la muerte” (p.15).

Siguiendo en la línea de Valdés no hay más que realizar una pequeña mirada a la historia de la cultura humana para evidenciar la presencia, si bien agitada, de la muerte en todo tipo de manifestaciones. Es tal su impacto, que como refieren varios autores, la muerte, junto al amor, ha sido el tema por excelencia que ha inspirado a los poetas. Y es que:

Representaciones de la muerte aparecen en las muestras artísticas de todos los pueblos conocidos, todas las religiones de la tierra han pretendido dar su respuesta ante el fin del hombre y, en muchas ocasiones, la muerte ha sido el centro en torno al que se ha organizado la vida. (Valdés, 1994, p.15)

1.1 PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LA MUERTE

Llegados a este punto, cabría preguntarnos dónde podemos ubicar el nacimiento de la preocupación acerca del fenómeno de la muerte.

Dicho acontecimiento lo podemos situar en el siglo pasado con la obra de Fechner, escrita en 1836 y publicada curiosamente 68 años después, en 1904. La obra de Fechner titulada, “Pequeño libro de la vida después de la muerte”, versa acerca del estudio de aspectos trascendentales del problema de la muerte y de la identidad del hombre, pero con la importante característica de que éstos siempre estaban alejados del campo de la medicina y la psicología, y es que, como refiere Fechner (1904), en esa época tenían localizado su interés en otros temas más “vitales”.

Once años después, tras la publicación de la obra de Fechner, ya en 1915, destaca la aportación innovadora de Stanley Hall en 1915 al fenómeno de la tanatología. Éste, en el citado, año organiza el primer seminario sobre “tanatología e inmortalidad” celebrado hasta la fecha, con el objetivo de estudiar aspectos acerca de los recuerdos que las personas adultas conservan sobre ideas y experiencias de la muerte, de su infancia.

Se sitúa también en estos inicios la evidenciable preocupación por la vida y la muerte que Freud refleja en la mayor parte de su obra, sobre todo la correspondiente a la tercera etapa (1923-1939), en donde alude constantemente a ella (Freud, 1924, 1936, 1937).

Si bien, como ya dijimos, la muerte ha sido y es uno de los temas que más inquietud ha provocado en el hombre a lo largo de la historia, desde la perspectiva científica, los escritos y publicaciones que giran alrededor de la muerte no comienzan a proliferar hasta hace unas décadas. Así libros, artículos y conferencias que tratan acerca

de aspectos concretos de este fenómeno han aparecido finalmente como un campo legítimo de investigación (Folta & Deck, 1974).

Por consiguiente, tal y como afirmase Morín en 1974, las ciencias apenas habían incidido en el estudio de la muerte y, cuando lo habían hecho, siempre era desde perspectivas puramente especulativas.

Efectivamente, las peculiaridades del fenómeno en cuestión no hacen sencillo su tratamiento. Probablemente el impedimento de análisis científico sea la razón primordial que explique su carente tratamiento. Es por ello, que pese a la significación del tema, la psicología y los ámbitos relacionados con ella no apreciaron la muerte como un fenómeno destacado hasta mediados de los años 40.

El supuesto que contribuyó a este replanteamiento parece que fue el desastre de la guerra y la necesidad de reconsiderar los valores básicos humanos (Lifton, 1975), en vista lo cual se acrecienta el número de investigaciones e interés a todos los niveles de forma vertiginosa hasta nuestros días.

Así pues, los psicólogos, además de los biólogos, teólogos, antropólogos, sociólogos y filósofos, han sido quienes se han preocupado en mayor medida de detallar y analizar los aspectos de la conducta y las actitudes del hombre ante la muerte (Urraca, 1981), de tal manera que la psicología contemporánea ha logrado, en cierta medida, aproximarse y revelar el contenido tan apasionante como humano: la muerte y el proceso de morir.

Se puede atestiguar por tanto, que los estudios transcendentales sobre los aspectos psicológicos de la muerte se inician en el año 1959 de la mano del psicólogo americano Herman Feifel con su obra "The meaning of death", la cual es una recapitulación de estudios sobre la muerte, entre los que se incluyen trabajos de Jung, Murphy y

Kastenbaum, entre otros, considerándose como uno de los precursores en este tema, consagrándose así como el padre de la nueva psicología sobre la muerte (Feifel, 1959). Se trata de un trabajo interdisciplinario, donde a partir de una recopilación de artículos sobre la muerte, se revela la significación de la muerte a través de la relevancia de las ideas sobre los aspectos psicológicos, filosóficos y psiquiátricos, dando lugar al redescubrimiento del fenómeno de la muerte: la psicología de la muerte (Kastenbaum & Costa, 1977).

Dicho estudio se consumará 18 años después, en 1977, con la obra del mismo autor, “New meaning of death”, obra en la que se abordan temas sobre la psicología evolutiva y la muerte, las respuestas a la muerte, etc. donde contribuyen autores tan influyentes como Kastenbaum, Simpson, Shneidman, Saunder y Levinton entre otros.

En la década de los sesenta predominan aspectos y problemas específicos, tales como la psicología del enfermo terminal y su entorno físico y social y el concepto de muerte en los niños, destacando la labor de la psiquiatra Kübler-Ross, que publica en 1969, “Death and dying”, en la que se manifiesta la experiencia del contacto diario con el enfermo en situación terminal y sus allegados (Kübler-Ross, 1969).

Otro de los acontecimientos importantes en los años sesenta es la producción de escalas para medir las actitudes ante la muerte. En lo referente a los métodos y técnicas utilizadas en la medición de las actitudes ante la muerte han sido diversas las que se han empleado, desde técnicas proyectivas, métodos directo, métodos indirectos, hasta el hito más importante, la creación de escalas específicas de ansiedad y temor ante la muerte, las cuales sin duda son las herramientas más utilizadas en la actualidad.

1. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUERTE

Ya en la década de los setenta evidenciamos una tenue transformación en el encauzamiento de las investigaciones, tanto en la temática, fruto de la investigación, como en el análisis de los datos sobre la muerte. Las actitudes se hacen más radicales.

En esta década emergerán obras cuya temática gira entorno a dos planteamientos. Por un lado, obras cuyos temas se refieren a los aspectos generales de la psicología de la muerte, como pueden ser sentimientos, pensamientos ante la muerte, actitudes, etc. cuyos máximos exponentes serán Kastenbaum & Aisenberg (1972), Becker (1973), Scheulz (1978) y Hardt (1979). Por otro lado, surgen obras que pretenden examinar la competencia de los médicos en el proceso terminal (Zeigler, 1976), haciéndose hincapié así mismo en los aspectos psicosociales de la muerte (Lester, 1971), (Litman, 1971), (Charmaz, 1980).

Además los setenta destacan por un acontecimiento de impacto, el surgimiento de las primeras publicaciones de revistas especializadas y dedicadas en exclusiva a contenidos vinculados con el morir y la muerte, entre las que destacan “Death education”, “Omega” y “Essence”. De la misma manera se desarrollan los primeros cursos y talleres relativos a los aspectos psicológicos de la muerte en algunas universidades y escuelas de enseñanza superior (Valdés, 1994).

Es por todo lo visto en esta década, que se incluye el tema de la muerte en los programas de la American Psychological Association (A.P.A.) y en diferentes sociedades profesionales científicas, logrando que se considere dicha década como la más prolífica, en el tema de la muerte de toda la historia de la psicología contemporánea (Fulton, 1974, 1977, Levinton, 1974, Simpson, 1979).

Puntualizar que entorno a este periodo es cuando en España, se inician los ensayos sobre la muerte y el morir. Así, el apego hacía la muerte ha ido acrecentándose de forma

escalonada hasta nuestros días, corrigiendo de alguna manera la escasez de estudios que existían sobre estos aspectos. Prueba de ello es la multiplicación de trabajos sobre la muerte desde los panoramas más diversos. Destacan así las publicaciones que enmarcan la muerte dentro del marco de la psicología clínica. Es el caso de las contribuciones de autores tan simbólicos como Urraca (1981), Rubio Herrera (1981), Ramos Campos (1982), Francisco Vicario (1984), Domínguez (1986), entre otros, quienes han procurado investigar las actitudes de los sujetos ante la muerte, aspectos vinculados con la vivencia del enfermo y del profesional sanitario ante la muerte, el papel que debe ejercer el sanitario ante un enfermo en situación terminal, así como estrategias de actuación y preparación para el proceso de muerte.

Finalmente, desde la década de los ochenta, hasta nuestros días no se han alterado las orientaciones sobre el tema.

1.2 HISTORIA DE LA MUERTE EN OCCIDENTE

Nos centramos en la historia de la muerte en occidente por una doble circunstancia; En primer lugar, es el lugar en el que la presente investigación se desarrolla. En segundo lugar los ritos en relación a la muerte varían entre oriente y occidente.

Resultaría inexcusable hablar de la historia de la muerte, e incluso solamente de la muerte sin mencionar de manera muy especial a Philippe Ariès.

Apoyándonos en el compendio realizado por Ariès (1983) en su trabajo “El hombre ante la muerte”, recorreremos las distintas concepciones que ha sufrido el concepto de muerte a lo largo de la historia, considerándose esta obra, la producción más utilizada para conocer la historia de la muerte.

Ariès estima la existencia de cinco modelos elementales de muerte, los cuales conciernen a un periodo histórico distribuyéndolos del siguiente modo:

- La muerte domada, que dominó durante la Primera Edad Media.
- La muerte propia, que se instaura durante la Alta Edad Media.
- La muerte lejana y próxima, sita entre los siglos XVII y XVIII.
- La muerte ajena que se da en los siglos XVIII y XIX.
- La muerte invertida que es la que experimentamos desde el siglo XX hasta nuestros días.

1.2.1 La muerte domada

En criterio de Ariès la muerte estaba “domada”, “domesticada”. Con ello se pretende expresar que las personas, exceptuando aquellas que fallecían de una muerte no programada, estaban advertidas sobre cuando les llegaría su muerte. Y es que la

sintomatología que acompañaba al morir era conocida, con lo que el hombre recibía una insinuación de que su muerte estaba próxima. Esta insinuación de la llegada de la muerte según Olaizola (2011):

Venía dada por signos naturales o, con mayor frecuencia aún, por una convicción íntima, más que una premonición sobrenatural o mágica. Era algo muy simple, que atraviesa las épocas y que encontramos todavía en nuestros días en el interior de las sociedades industriales. (p.62)

De manera que, cuando la muerte se siente próxima, aunque genere una actitud de rebeldía, esta no es en forma de rechazo a la muerte, porque el enfermo sabe que la muerte esta próxima.

Una de las principales peculiaridades de este periodo es el hecho de convertir la muerte en un acto más colectivo que individual, así la muerte se convierte en una ceremonia pública, abierta a toda la comunidad, en la que el moribundo preside el ritual, esperando su propia muerte en calma.

El hecho de implicar a la comunidad, convirtiendo a la muerte en un acto colectivo tiene la significación de que ésta, intenta proteger y controlar la desdicha emocional que provoca la muerte en soledad. Así:

Desde el siglo VI al XII, la muerte estaba domesticada, domada, en tanto se encontraba regulada por un ritual consuetudinario. La muerte ocurrida en circunstancias normales, no tomaba a los individuos por sorpresa, traídoramente, sino que se caracterizaba por dejar tiempo para el aviso. [...] no se vivenciaba como drama personal sino comunitario. Pese a la familiaridad con la muerte, los vecinos temían a los muertos y mantenían los cementerios alejados como un modo de evitar que los muertos perturbaran a los vivos. Posteriormente, los muertos dejaron de causar miedo a los vivos, y unos y otros cohabitaron en los mismos lugares. Este paso, de la repugnancia a la nueva familiaridad,

se produjo por la fe en la resurrección de los cuerpos, asociada al culto de los antiguos mártires y sus tumbas. (Abt (citado por Olaizola, 2011) p.166-67)

1.2.2 La muerte propia

En este periodo el primer cambio que presenciamos es el descentramiento del foco de atención en el proceso de morir, centrándose éste en el individuo, de manera que el arcaico sometimiento al destino colectivo se invierte y reina el sentido de la propia identidad (Valdés, 1994). Y es que tal, y como defendía Ariès (2005), “cuando el hombre de esa época se reconoce a sí mismo en su muerte, ha descubierto su propia muerte” (p.61).

Se renuncia a la comunidad para indagar en la propia conciencia, apareciendo un creciente deseo de disfrutar la vida y gozar de los placeres inmediatos. Este incesante deseo de disfrutar de la vida inmediata provoca que el hombre abogue por un alma inmortal que le asegure su perduración eternamente. Debido al incesante deseo de disfrutar por la vida, induce que en este periodo se oculte el rostro del difunto bajo máscaras con el fin de ocultar el malestar sufrido por la pérdida de la amada vida.

Este periodo a su vez destaca por la personalización, y es que los moribundos empiezan a manifestar en sus testamentos, además de la disposición de sus bienes, el deseo de contratar servicios religiosos, con el fin de alcanzar la salvación de sus almas.

La actitud frente a la muerte, la muerte propia, resumida por Abt (2006), sería la siguiente:

Entre el siglo XII y el final del siglo XVI, se ubica la época de la muerte de sí, la muerte propia, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición, por ello predomina el sentido de la biografía. La conciencia de la finitud genera un amor apasionado por el mundo terrestre y una conciencia que sufre al comprender el fracaso a

que cada vida está condenada. [...] A partir del siglo XVI, el cementerio abandona el centro de las ciudades, la muerte es a la vez, próxima y lejana. (p. 6-7)

1.2.3 La muerte lejana y próxima

Este tercer modelo se desarrolla ya en los siglos XVII y XVIII, es decir, en una época más moderna, donde la muerte, en lo que entonces tenía de lejano, fue acercada.

Podemos ubicar en esta época la génesis de modificaciones de profundo calado. Entre éstas destaca la pérdida del aura mágica y mística que rodeaba a la muerte y al proceso de morir en detrimento de lo racional, comenzándose a ver a la muerte más como el cese de la vida que como un fenómeno espiritual (Moller, 1996). Esta desacralización y devaluación de la buena muerte, reforzó la idea de los moralistas reformadores, los cuales defendían la postura de que no era necesario esforzarse por vivir virtuosamente para salvar su alma, bastaba únicamente con tener una buena muerte (Ariès, 1983). Así se pasó del arte de morir, al arte de vivir; la salvación del alma no radicaba en tener una muerte ideal, sino una vida virtuosa, la cual prepara a la persona para hacer frente a la muerte. Así, en este periodo, la melancolía por la brevedad de la vida provocó que el sujeto no se apegara a la muerte...y es que, una buena vida, aseguraba una buena muerte, y por ende, la preocupación por esta última se hizo más remota.

El férreo control sobre la muerte ostentado hasta el momento, saltó por los aires al variar el segundo de los parámetros psicológicos, la defensa contra la naturaleza salvaje. Así: “La muerte, en lo que entonces tenía de lejano, fue acercada y fascinó, provocó las mismas curiosidades extrañas, las mismas imaginaciones y las mismas desviaciones perversas que el sexo y el erotismo. Por eso hemos llamado a este modelo diferente de los otros, la muerte lejana y próxima” (Ariès, 1983, p.504).

En este modelo, si bien se experimenta un atemperamiento de la inquietud espiritual respecto a la muerte, no se aminora la preocupación física de la misma. Así pues, surge un miedo a la muerte aparente. Éste miedo a la muerte aparente fue la “primera forma confesada y aceptable del miedo a la muerte” (Ariès, 2005, p.151), considerándose a este germen del gran miedo a la muerte posterior

Podemos concluir que lo que sucede en esta época es una corriente discontinua. Esto se explica objetivándose la confusión existente entre el amor y la muerte, entre el placer y el sufrimiento, que se unen en una sola sensación.

1.2.4 La muerte del otro

A partir del siglo XVIII, Ariès (2005) refiere la eclosión de una nueva manera de morir, la muerte del otro, ya que:

El hombre de las sociedades occidentales tiende a dar a la muerte un sentido nuevo. La exalta, la dramatiza, la quiere impresionante y acaparadora. Pero al mismo tiempo se ocupa menos de su propia muerte: la muerte romántica, retórica, es, en primer lugar, la muerte del otro; el otro, cuya añoranza y recuerdo inspiran, en el siglo XIX y XX, el nuevo culto a las tumbas y cementerios. (p.63)

En este cuarto modelo se objetiva un punto de inflexión en las reflexiones acerca de la muerte. Se viene de una época en la que se perdió el sentido de colectividad, pasando del “todos hemos de morir”, a una preocupación por la muerte de uno mismo. Pese a ello, con la llegada del romanticismo esta postura es modificada; se desatan las pasiones y el dolor por la pérdida del ser amado, trasladándose la preocupación de la muerte de uno mismo a la muerte del ser querido.

Esta modificación de sentimientos, motiva transformaciones en las prácticas en torno a la muerte, así, una de las principales transformaciones que surge es la

modificación de la manera de expresar las muestras de duelo durante el periodo de luto. Esta exageración del luto Ariès (2005) la explica como: “quiere decir que a los supervivientes les cuesta más que en otro tiempo aceptar la muerte del otro. La muerte temida no es entonces la muerte de uno mismo, sino la muerte del otro” (p.71-72).

En esta época surge la familia nuclear en detrimento de la colectividad; este surgimiento lleva implícito el nacimiento de la afectividad absoluta. Se traslada la preocupación de la muerte de uno mismo al temor por la pérdida del otro.

En este cuarto modelo la muerte ya no es domada y familiar, pero así mismo no es completamente salvaje. “Se inventa algo nuevo en esta época: la muerte es patética y bella como la misma naturaleza, ofreciendo una notable brillantez a un fenómeno al que se le restaba importancia” (Gómez, 2007, p.1). Pero como refiere Valdés (1994), “esta belleza no hubiera sido posible si no se hubiera dejado de asociar la muerte con el mal físico y el pecado” (p.23).

Así mismo, se produce un replanteamiento sobre el dogma de una vida futura, definiendo el cielo como el lugar de encuentro entre las personas que la muerte separó.

1.2.5 La muerte invertida

El presente modelo hace referencia al periodo en que nos encontramos inmersos.

Durante este periodo se prosigue con la orientación de la época anterior, pero la preocupación por la muerte del otro y el amor que se siente por el otro se vuelve más severo e inclemente.

En la actualidad, la muerte despoja a la persona de la ocasión de vivir y sentir su fin. Se dejan de lado los modelos antiguos en los que la muerte deseada era una muerte anunciada, ofreciendo así al moribundo la posibilidad de ser el protagonista de su propia

1. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUERTE

muerte, pudiendo así expresar sus últimas voluntades, pedir perdón por las faltas cometidas y presidir el último ritual de su muerte.

Esta actual desposesión de la muerte, conlleva una gradual despersonalización del proceso de morir, siendo usual que sea la familia en la actualidad quien dirija la muerte del enfermo, provocando que este último viva este proceso en soledad, soledad que con asiduidad se origina debido a que la familia y el personal sanitario, más que el moribundo, contraen esa responsabilidad y deciden en qué medida se debe proveer la verdad al enfermo acerca del alcance real de su enfermedad.

Respecto a lo expuesto, Ariès (2005) refiere que:

Se da por supuesto que el primer deber de la familia y del médico es el de ocultar a un enfermo desahuciado la gravedad de su estado. El enfermo nunca debe saber -salvo en casos excepcionales- que su fin se acerca. Las nuevas costumbres exigen que muera en la ignorancia de su muerte. (p.231)

Es común que la familia y allegados del moribundo, estimen muy positivo que su familiar haya fallecido sin adivinar que se moría. Este comportamiento establece para Ariès (citado por Olaizola, 2001):

Una usurpación del derecho a la libertad de organizar la muerte propia y es una auténtica farsa, porque trata al moribundo como si fuera una persona incapacitada y menor de edad. De hecho, con ello se pretende, y muchas veces se consigue, convertir lo que antaño era una tragedia, con todos los matices, en una comedia, también con todos los matices. (p.170)

En la muerte invertida, el fallecimiento se produce de manera clandestina, se obliga al moribundo a morir de acuerdo a unas prácticas sociales que reclaman que la muerte sea discreta. Se pretende que el fallecimiento no perturbe la práctica social que

convierte el hablar de la muerte en un gesto de mala educación que el personal sanitario debe evitar porque:

Atreverse a hablar de la muerte, admitirla de ese modo en las relaciones sociales, no significa ya, como antaño, permanecer dentro de lo cotidiano, sino provocar una situación excepcional, exorbitante y siempre dramática [...] Hoy en día basta sólo con nombrarla para desencadenar una tensión emocional incompatible con la regularidad de la vida moderna. (Ariès, 2005, p.237)

Además, como afirma Ariès (2005), las escenas de “las crisis de desesperación de los enfermos, sus gritos, sus lágrimas y, en general, todas las manifestaciones demasiado exaltadas, ponen en peligro la serenidad del hospital” (p.237).

Se entiende con todo lo anteriormente expuesto, que los profesionales sanitarios, además de la familia, están involucrados de manera directa en el proceso de ocultación de la verdad, por lo que parte de las actuaciones profesionales se ven afectadas por el debate acerca de: “¿Qué sucede cuando se sabe que el enfermo está próximo a su fin?, ¿Hay que advertir a la familia, al enfermo mismo? Y, ¿Cuándo?” (Ariès, 2005, p.236).

A pesar de todo ello, no es posible desprenderse de la realidad ineludible de la muerte. La sociedad actual no la reconoce, la silencia, la trata con indiferencia y procura evitarla. Aun así no se puede decir que esta actitud haya aniquilado la muerte ni el miedo que conlleva; más bien la técnica médica supone un velo bajo el cual los antiguos salvajismos de la naturaleza vuelven silenciosamente.

A modo de síntesis, Ariès afligido por los cambios en el proceso de morir, manifiesta que:

Durante el último tercio de siglo se ha producido un fenómeno de enorme magnitud, que empezamos tan sólo a vislumbrar: la muerte. Esa familiar compañera, ha desaparecido

1. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUERTE

del lenguaje; su nombre se ha convertido en algo tabú. En el lugar de las palabras y los signos que nuestros antepasados habían multiplicado, se ha expandido una angustia difusa y anónima [...] En la vida de cada día, la muerte, en otro tiempo tan insistente, tan a menudo representada, ha perdido toda positividad: no es sino lo contrario o el anverso de aquello que es realmente visto, conocido y hablado. (Ariès, 2005, p.266)

Al estudiar a grandes rasgos la historia de la muerte, hemos empleado la obra de Ariès, primordialmente porque ésta aparece como referencia bibliográfica en las obras de los autores más influyentes en el tema, entre los que destacan: Méndez (2002), Barley (2005), Abt (2006), Núñez (2006), Fernández del Riesgo (2007), etc.



2. Conceptualización de la muerte

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUERTE

Una vez contextualizada la muerte y el morir, no podríamos continuar sin antes delimitar y precisar de la forma más concreta posible el concepto que nos atañe.

Pese a la dificultad conceptual que ello conlleva, trataremos de dar solución al interrogante, ¿Qué es la muerte?

A simple vista, responder a este interrogante se atisba elemental, pero en contraposición, hemos de admitir que no es sencillo acertar una respuesta que se adapte de manera propicia a la descripción de la muerte, debido a su carácter multidisciplinar, lo cual dificulta su tratamiento. En este sentido, no es factible definir qué es la muerte, si bien es asumible asignar ciertos significados a la muerte.

2.1. DIFICULTADES PARA DEFINIR LA MUERTE

Al igual que el vocablo persona, y el de vida, el término de muerte no está bien delimitado. Ciertamente, si bien la generalidad de los diccionarios hacen referencia a la raíz latina *mors, mortis*, es decir, cesación de la vida, son diversos los autores que realzan la deficiencia de esta definición. Entre estos destaca Quintana (1997), el cual sopesa que esta interpretación de la muerte debería cumplir un requisito inexcusable: no poseer contraejemplos, es decir, determinar la muerte como cese de la vida, implica tener que definir a su vez qué es “vida”, término también ambiguo por la cantidad de significados que tiene.

Según Quintana (1997), coexisten dos argumentaciones para alegar que la consideración del cese de la vida no es apta para entender ni conceptualizar la muerte.

El primero de los argumentos, aunque más bien retórico, es que la idea de cesación, va en contra de la lógica, ya que la muerte de un sujeto supondría que éste deja

de existir, lo que a su vez conllevaría no tener que asistir al entierro, porque ya no se enterra a ese sujeto: “los cadáveres han dejado de existir” (Quintana, 1997, p.45).

El segundo argumento sopesa que en la actualidad, mediante el empleo de diferentes criterios podemos discernir cuándo una persona está muerta en términos humanos, es decir, el sujeto psicológico cuando fallece deja de existir; pero no en términos animales, es decir, el sujeto biológico deja de existir progresivamente, así surge una disposición paradójica, en la que una persona muerta puede simultáneamente ser existencia y no existencia.

Así, la resolución de un problema supuestamente sencillo, cómo y cuándo acontece la muerte, se antoja complicado, haciéndose imprescindible clarificar los dos tipos de muerte que acaecen a los seres humanos según refiere Quintana (1997). Como ya hemos visto anteriormente, enuncia una muerte biológica y una muerte como ser humano, es decir, como persona. La muerte biológica implica la muerte como ser humano, pero no sucede siempre lo contrario. Así, desde la década de 1950, relacionado con el avance científico-técnico en las ciencias de la salud, se produce un cambio de orientación, en el que gracias a estos avances, nos podemos encontrar con pacientes que mantienen sus constantes vitales, es decir, están vivos, pero que por el contrario han perdido de manera irreversible su capacidad cerebral, o lo que es lo mismo, han perdido toda capacidad de relación humana; están muertos humanamente.

Es por todo lo anterior, que las sociedades actuales se encuentran inmersos en una disyuntiva para discernir qué hacer con aquellos sujetos que pueden estar vivos pero no son personas (Veatch, 1995). Disyuntiva que ha alcanzado en los últimos años un punto álgido, dando lugar a un fogoso debate con una enorme carga ideológica sobre el reconocimiento social de quién está vivo y quién muerto, y lo más importante, el dilema

ético para arbitrar en nombre de aquellos individuos que estando vivos biológicamente, están muertos humanamente.

La instauración de una definición que determine la muerte ha supuesto históricamente una necesidad social básica, erigiéndose urgente en la segunda mitad del siglo XX. Esta necesidad obedece a una doble inquietud, tal y como refería Thomas (1991). Por un lado el interés de los individuos por concretar a un objeto como muerto, y es que tal y como refiere Jiménez (2002): “para cualquier persona viva resulta clave no ser identificada con su cadáver, por lo que siempre ha sido fundamental que socialmente se determine con claridad y precisión cuándo alguien está vivo o muerto” (p.128).

Por otro lado, debido a los cambios acontecidos en la segunda mitad del siglo XX en lo conexo a la muerte, surge la apremiante urgencia para fijar una definición legal de la muerte (Thomas, 1992), agilizando con ello la extracción de órganos, incineración o inhumación del cuerpo.

En efecto, históricamente junto a la pregunta ¿qué es la muerte?, han surgido conjuntamente otros interrogantes relativos al morir:

¿Cuándo muere un ser humano?, ¿es la muerte la pérdida irreversible de funciones de la totalidad del organismo, es decir, de todos y cada uno de sus componentes?, o ¿es la pérdida de función del organismo como un todo, a saber, como una unidad biológica que tiene sentido e independencia? (Jiménez, 2002, p.128)

Estos interrogantes, ratifican una vez más que la precisión de la muerte humana nunca ha sido sencilla.

Llegados a este punto, es esencial dar cabida a un punto de inflexión que se produce en la segunda mitad del siglo XX cuando, producto del avance científico-tecnológico, la esencia de la vida ha pasado a ubicarse en el cerebro. Como destaca Veatch

(1995), hasta 1960 no había existido debate alguno acerca de cuándo identificar a una persona como muerta, y es que: “Durante siglos ha sido suficiente con tomar el pulso de una persona y/o colocarle un espejo o una pluma frente a su boca para, si no daba señales de vida –pulso y respiración–, diagnosticar su defunción” (Jiménez, 2002, p.129). De este modo, existiendo un único criterio de muerte ésta “no necesitaba definición legal ninguna porque su realidad era evidente” (Camps, 2001, p. 96).

Sin embargo, desde la década de 1960 se produce un cambio sustancial producto de dos coyunturas. En primer lugar, como ya hemos referido, el avance científico-tecnológico, lo cual ha permitido un acrecentamiento de la supervivencia a accidentes y enfermedades que antaño resultaban letales. Se ha de tener en cuenta que junto a esta evolución positiva y deseable han acontecido otras consecuencias que han suscitado un gran desconcierto a la hora de identificar la muerte.

En efecto, si anteriormente una rápida sucesión de sucesos corporales enlazados inevitablemente (parada cardíaca, parada respiratoria, o muerte del cerebro) llevaban a la muerte, esos avances han ampliado “la capacidad para prolongar el proceso de morir”, prorrogando con ello el tiempo hasta que se produce el deceso. (Jiménez, 2002, p.131)

La segunda coyuntura, nace del incesante deseo por parte de la medicina de acotar qué parte del cuerpo es irremplazable y sin la cual el sujeto puede ser considerado inmediatamente muerto. Así han surgido diversos indicadores que precisan la muerte como un todo. El desconcierto surge cuando, debido a que el morir cada vez se dilata más en el tiempo, los indicadores que anteriormente hemos referido instauran momentos de no retorno diferentes y separados en el tiempo.

A modo de síntesis, a medida que el conocimiento científico de la muerte mejora, son necesarias pruebas científicas mucho más precisas para determinar la muerte. Es

decir, los avances del conocimiento científico-técnicos vinculados a la identificación de la muerte han conducido a una posición paradójica de que cuanto mayor es ese conocimiento “menor es la posibilidad de precisar cuándo y cómo se produce la muerte” (Thomas, 1991, p.22). En resumen, durante la segunda mitad del siglo XX se acrecentó el debate público sobre la muerte y sobre la instauración de una definición legal de ésta, hallándose lejos de lograr la unanimidad de posiciones en el mismo.

Por otro lado es destacable mencionar que uno de los principales fenómenos sociales que ha propiciado el debate sobre la identificación de la muerte humana surge con el uso de cadáveres humanos en la docencia, investigación y sobre todo, para trasplantes de órganos. Todo ello ha propiciado que se haga imprescindible la creación de una definición legal de muerte con el fin de que el personal médico puede determinar ésta con precisión, sin actuar así en contra de la legalidad. En este sentido, la subsistencia de diferentes criterios médicos para identificar la muerte, los cuales desarrollaremos más adelante, genera una creciente confusión, ya que cada uno de éstos establece diferentes grados de restricción. Así, podrían generarse dudas en la población sobre si el criterio de muerte empleado es el más adecuado para determinarla. De hecho, desde la aparición de los nuevos criterios para definir la muerte, han sugerido que podrían existir médicos que “tuvieran interés en certificar la muerte de un donante antes de hacer todo lo posible por reanimarle” (Humphry & Wickett, 1989, p. 364).

2.2. TIPOLOGÍA DE DEFINICIONES MÉDICAS DE MUERTE

Indudablemente, el inicio de la putrefacción es el signo exclusivo e irrefutable de que un sujeto ha fallecido, tal y como refiere Thomas (1991): “es la muerte total del organismo, cuando ya no quedan células vivas del mismo” (p.31). No obstante, este hecho no siempre ha sido aceptado con facilidad como indicador de muerte, por lo que se ha intentado buscar signos premonitorios de la descomposición orgánica (Gracia, 1990). Por ejemplo en la antigua Grecia se cavilaba que la muerte podía acontecer en el cerebro, en los pulmones y en el corazón, pero la vida únicamente se asentaba en este último, de tal modo que sólo cuando el corazón dejaba de latir se podía considerar a la persona como muerta. Por su parte en la tradición judía, la vida se exteriorizaba en la respiración, de tal modo que si ésta estaba ausente se consideraría a la persona como muerta (Escalante, 1996).

Históricamente los interrogantes en este sentido se han ido sucediendo a medida que el conocimiento humano aumentaba. Así, surge la exigencia de diferenciar entre la muerte del organismo y de cada uno de sus componentes, teniendo ésta su origen en el desarrollo de la teoría de los tejidos a finales del siglo XVIII.

Es a finales del siglo XVIII, cuando se reconoce al sistema nervioso central como el responsable esencial de que el organismo funcione de manera articulada como un todo, debido a lo cual se inicia el debate sobre si la muerte acaece cuando se destruían las neuronas o había que esperar a la muerte de la totalidad de células del organismo. La respuesta dada a esta disyuntiva hasta mediados del siglo XX es la que defendía como criterio de muerte: el deterioro de todas las estructuras del cuerpo humano, incluyéndose como es obvio, el sistema nervioso central, entendiéndose que tal deterioro se produce con celeridad tras el cese irreversible de la actividad cardíaca y respiratoria. Así “la muerte

cardiorrespiratoria, fue considerada como el determinante de la pérdida permanente del funcionamiento del organismo como un todo, tomándose, por tanto, como el criterio de muerte del individuo” (Escalante, 1996, p.55).

Es a partir de la década de 1960 cuando surge un cambio en la cultura del morir (Gracia, 1990), principalmente debido al proceso de medicalización y *tecnologización* de la muerte, experimentando el mayor grado de esplendor con la aparición de las unidades de cuidados intensivos. Previo a la aparición de éstas, los pacientes con lesiones cerebrales graves fallecían inmediata e irremediamente, debido a una parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, debido a las nuevas tecnologías, se rompe esta lógica al disociarse el ritmo de muerte de los distintos componentes; así el cerebro muere sin provocar con ello el cese de las otras funciones corporales, como puede ser la circulatoria. Debido a ello, la frontera que separa la vida y la muerte quedará difuminada, surgiendo con ello problemas respecto a dónde situarla.

Ciertamente, gracias a los avances científico-técnicos como pueden ser el respirador, los mecanismos de bombeo, la alimentación parenteral o enteral, la diálisis, etc. se ha propiciado que un progresivo número de sujetos logren mantenerse con vida pese a tener el cerebro irreversiblemente dañado. Es decir, todo lo anterior propició una situación sin precedentes, reportando a su vez unos dudosos beneficios para el paciente, la familia y el centro hospitalario. En estos últimos se empezó a atisbar un aumento del número de hospitalizados con coma irreversible, cada uno de los cuales comportaba un coste económico elevado, tanto en términos de recursos materiales como de recursos humanos (Singer, 1997). Para excluir estos efectos perniciosos se hizo imprescindible, constituir una serie de criterios que evitaran tratar a los vivos como muertos y a los muertos como vivos. Así, con el aumento de la medicalización surge un debate médico que hace necesaria una nueva definición de la muerte.

Un acontecimiento altamente importante en esta década es lo ocurrido en 1967 a manos del doctor Christiaan Barbard con el primer trasplante de corazón, lo cual según Singer (1997) desató un furor por la realización de trasplantes, trasplantes que como es obvio, solo se podían llevar a cabo con órganos donados que permitieran realizar los trasplantes. Singer (1997), refiere que esta situación propició que se afrontara el problema ya visto, intentando dar respuesta a una cuestión que hasta entonces no tenía respuesta: “¿hasta cuándo es razonable mantener conectado a un respirador a un paciente en coma irreversible?” (Singer, 1997, p.37). Singer (1997) refiere que la respuesta consistió en un cambio de mirada hacia aquellos pacientes en coma irreversible, pasando estos de ser considerados una carga para el hospital, a ser considerados un medio para salvar la vida de otros pacientes, como potenciales donantes. Sin embargo, en aquel momento existía una barrera infranqueable, y es que para poder disponer de los órganos de los pacientes, estos debían estar muertos, ya que sino la extracción de los mismos era considerada asesinato. Como indica Quintana (1997), la controversia era inevitable, ya que los profesionales urgían unos criterios concisos para poder trabajar.

Ante esta necesidad se suceden numerosas reuniones de expertos en la materia, con el fin de encontrar nuevas definiciones de la muerte humana. En este sentido, son dos los acontecimientos relevantes acaecidos en 1968. Por un lado, en la XXII Reunión Médica Mundial se establece que:

La muerte es un proceso gradual a nivel celular con tejidos que reaccionan de forma diversa ante la falta de oxígeno. Pero el interés clínico no reside en el mantenimiento de células aisladas, sino en el de la persona. El momento de la muerte de diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que ese proceso se ha vuelto irreversible a pesar de que cualquier técnica de reanimación pueda ser empleada. (Gilder, 1968, p.493-494)

Esta definición creó un punto de inflexión en la práctica médica, puesto que a partir de aquel momento se consideró como muerta a aquellas personas que habían perdido de manera irreversible la función del organismo como un todo.

A su vez, el otro acontecimiento significativo en 1968 fue la publicación de “Una definición de coma irreversible. Informe del Comité Especial de la Escuela de Medicina de Harvard para examinar la definición de muerte cerebral”. Dicho informe señalaba que el objeto del mismo era definir el coma irreversible como un nuevo criterio de muerte. La Escuela de Medicina de Harvard asevera la necesidad de dicha definición en virtud a dos razones; la primera de ellas habla de que los avances acontecidos en los últimos años han llevado consigo un aumento de la supervivencia, si bien en ocasiones esto es susceptible de considerarse un éxito parcial, pues aunque el corazón continúe latiendo, el cerebro está irremediablemente perdido, con la carga que esto supone, tanto a nivel familiar como hospitalario como ya referimos anteriormente. La segunda de las razones que alude la Escuela de Medicina de Harvard es la necesidad de crear una definición de muerte que no conduzca a una controversia cuándo se aborde la extracción de órganos destinados para trasplantes en aquellos pacientes sin actividad en el sistema nervioso central. De este modo, tal y como refiere la *Journal of the American Medical Association* (1968): “si las características de ese estado pudieran ser definidas en términos satisfactorios, muchos problemas desaparecerían o podrían ser resueltos a corto plazo” (p.205).

Debido a las razones expuestas, el citado comité procede a establecer una serie de criterios; los llamados criterios Harvard de muerte cerebral, a través de los cuales se pretende poder establecer de manera fehaciente cuando un paciente se encuentra en situación de coma irreversible. Con ellos, pretendían precisar las particularidades del cese permanente de la función cerebral, y en consecuencia, renovar el criterio de muerte (Escalante, 1996).

Según la Escuela Médica de Harvard para que un sujeto sea considerado como cerebralmente muerto debe:

1. En primer lugar no responder ni ser receptivo a estímulos provenientes del exterior, aun cuando dichos estímulos sean dolorosos, apareciendo una ausencia de reacción vocal u otra; ni siquiera contracción de miembros o aceleración de la respiración.
2. En segundo lugar el sujeto permanecerá inmóvil, es decir, con ausencia de movimientos musculares espontáneos y sin respirar al menos durante una hora.
3. En tercer lugar, hay una ausencia de los reflejos provocados; existe ausencia completa del reflejo corneal, del reflejo de la faringe, así como la imposibilidad de provocar el reflejo de los tendones entre otros.
4. En cuarto lugar, en armonía con R. Moody, tendremos un sujeto con un encefalograma completamente plano.

Finalmente, para confirmar que el sujeto está muerto, según la Escuela Médica de Harvard, se han de aplicar de nuevo todas las pruebas anteriores una vez transcurridas 24 horas y si no se dan cambios se procede a confirmar el diagnóstico.

Pese a ello, habrá que tener en cuenta que la validez de tales datos como indicadores de daño cerebral irreversible dependen de la ausencia de dos condiciones: en primer lugar la presencia de un tóxico que interfiera en el sistema nervioso central y en segundo lugar una posible hipotermia; ya que ante dichas situaciones el paciente puede recuperarse después de varias horas de presentar un trazado plano en el electroencefalograma.

La visión de Harvard supone el comienzo de una revolución conceptual, la cual será apoyada por varios investigadores, entre los que destacan Moses, Rhoads y Batzell.

De esta manera, el criterio de Harvard se había convertido en el punto de referencia estándar para la definición de muerte en los EE.UU. dado que la evidente validez de dicho criterio viene sustentada sobre la base de un estudio de 2.650 pacientes en estado de coma con electroencefalogramas planos sobre un periodo de 24 horas. (Valdés, 1994, p.27)

La conjetura que sostenía el comité para reconocer como sinónimos el coma irreversible y la muerte cerebral se puede constatar hoy en día que no es acertada; las nuevas tecnologías que detallan en qué regiones del cerebro circula sangre y en cuáles no, legitiman que un sujeto puede encontrarse en un coma irreversible y no tener completamente el cerebro muerto.

Tal como concluye Veatch (1995), el objeto del citado comité era el de simplificar la certificación de la muerte, y no un auténtico interés por identificar en sí misma la llegada de la muerte. A su vez, Jonas (1997) y Singer (1997), refieren que éste tampoco buscaba una solución sensata al creciente número de pacientes que estando humanamente muertos, biológicamente se mantenían vivos. Con una postura más crítica aparece de nuevo Singer (2002) enunciando que las razones que llevaron al comité a plantear una nueva definición estaban encaminadas a simplificar la disposición masiva de órganos para trasplantes.

Singer corrobora esta afirmación a través del discurso del decano del Consejo, Robert Ebert en 1971:

En la nueva definición hay un potencial de salvar vidas por lo que, cuando se acepte, habrá una mayor disponibilidad de órganos esenciales en condiciones viables para

trasplantes y por tanto se salvarán innumerables vidas que ahora se pierden inevitablemente... Cualquier nivel que elijamos para denominar la muerte es una decisión arbitraria. ¿Muerte del corazón? El pelo sigue creciendo. ¿Muerte del cerebro? El corazón puede seguir latiendo. Es necesario elegir un estado irreversible en el que el cerebro ya no funcione. Es mejor elegir un nivel donde, aunque el cerebro esté muerto, todavía esté presente la utilidad de otros órganos. Hemos intentado dejar claro esto en lo que hemos llamado nueva definición de muerte. (Beecher, 1971, p.1210-121)

Desde entonces, han sido múltiples los grupos que han intentado definir el concepto de muerte humana en virtud de las nuevas aportaciones obtenidas del conocimiento científico-técnico, entre ellas destaca el Baylor University Medical Center y la American Medical Association.

El Baylor University Medical Center formula el uso de los siguientes principios para aseverar que nos encontramos ante un paciente con muerte cerebral:

1. El sujeto no presentará signos apreciables de conciencia con relatividad al entorno, ni ante la estimulación externa. Así mismo no será capaz de mantener por sí sólo las funciones vitales esenciales.
2. Este estado de conciencia, será un estado permanente e irreversible, siempre excluyendo cualquier expectativa sensata de recuperación.
3. Y en último lugar, se tendrá en cuenta que los profesionales que determinen al paciente como “muerto” emplearán tantas pruebas y exámenes como sean necesarias para realizar este dictamen.

A su vez la American Medical Association en 1981, redactó la “Uniform death act” traducido al español el “Acta uniforme sobre la determinación de la muerte” en la cual se enuncia que “el individuo que ha sufrido un cese irreversible de las funciones

circulatorias incluidas las del tronco encefálico, está muerto” Escalante (citado por Valdés, 1994), teniendo en cuenta, que tal determinación ha de realizarse conforme a los estándares médicos aceptados.

Esta última fue adoptada en gran cantidad de países, entre ellos España. Pese a que ésta abarcara dos definiciones, la tradicional y la de muerte cerebral, según Singer (2002), esta definición supuso una ficción, cuya única voluntad era salvar órganos para trasplante.

Sobre la base de que la muerte es el cese del funcionamiento del organismo como un todo, actualmente se manejan cuatro definiciones médicas de muerte que a continuación trataremos.

En primer lugar la tradicional, aquella que se basa en el cese de los fluidos corporales vitales, y otras tres, confeccionadas a finales de la década de 1960, momento en el cual se tiene conocimiento de que las funciones o estructura del encéfalo son básicas en la integración del ser humano. Así pues, las otras tres definiciones se entenderán en base a la zona del encéfalo afectada. Así tendremos, según la zona afectada: “El cese permanente de las funciones integradoras del organismo como un todo; el cese irreversible de las funciones integradoras del encéfalo como un todo; y la pérdida irreversible de la conciencia y de la cognición” (Escalante, 1996, p.60-71).

Dada la especificidad de los criterios de muerte y a su vez de las pruebas y procedimientos diagnósticos específicos, su señalamiento pertenece al que Valdés (1994) denomina “mundo de los expertos”, o lo que es lo mismo, al campo científico-técnico. Pese a ello domina la idea de que las decisiones tomadas por estos, en lugar de ser neutrales y objetivas, están enormemente mediatizadas, impregnadas de un enorme componente religioso y por el poder del estamento médico. Si bien, lo interesante de estas

cuatro nuevas definiciones, es que ninguna es incondicionalmente cierta, debido a lo cual son susceptibles de crítica, pasando por ello a analizar cada una de ellas.

La primera de ellas, la muerte como cese permanente del flujo de los fluidos corporales vitales; la muerte cardiopulmonar, tal y como refieren Trueba (2007) y Gracia (1996). Ésta no es un diagnóstico de muerte real en sentido estricto, ya que a través de diferentes procesos de reanimación podemos lograr que no se produzca la muerte cerebral. A su vez, su empleo como único principio de muerte, presenta la problemática de no poder obtener órganos de calidad para trasplantes. Es por ello, que el número de defensores de tal definición ha sufrido un descenso significativo desde finales de los años sesenta (Veatch, 1995).

De tal modo, que la definición de muerte como el cese permanente de los fluidos corporales vitales, tan usada antaño, hoy en día carece de validez suficiente. La proliferación de los avances tecnológicos ha conllevado que el proceso de morir tradicional quede obsoleto, ya que cualquier persona con capacidad para fluir la sangre y el aliento debería ser tratada como viva, pese a que esas capacidades se mantuvieran de forma artificial, es decir, con ayuda externa (Veatch, 1995).

Como ya referimos, los otros tres criterios de muerte admiten que sólo el cerebro, por su papel como integrador somático, puede dirigir el organismo entero, y así en consecuencia, la muerte de este (muerte encefálica) será la condición necesaria y suficiente para derivar en la muerte del ser humano como un todo. Los tres criterios que restan se diferencian entre sí en el reconocimiento de la porción encefálica perdida.

El primer tipo de muerte (encefálica) es el que hace referencia al cese de función del cerebro entero, haciendo referencia en consecuencia a la pérdida funcional irreversible de todas las estructuras craneales, llevando sobreentendido la muerte del tronco y corteza

cerebral. Este tipo implicará en consecuencia la pérdida irreversible de las funciones integradoras del organismo como un todo, así como el cese irreversible de la función cardiorrespiratoria, la cual podrá ser mantenida mediante soporte externo. Pera (2003) lo expresa como “estado de decapitación fisiológica” (p. 244). Este es el criterio médico preponderante en la mayoría de países, entre los que incluimos a España. Aun así, pese a su predominante uso ha sido censurado por diferentes autores, los cuales han referido que éste es teóricamente débil e incoherente, confuso en su aplicación práctica, y lo que es más ampliamente censurado, que facilite la obtención de órganos para futuros trasplantes (Singer, 2002).

Pese a que se conoce la relación entre ambos, la idea de que: “el cerebro es el responsable del mantenimiento de la homeostasis del cuerpo, y que sin función cerebral el organismo rápidamente se desintegra” (Trough, 1999, p. 45) dicha concepción gracias a los avances científico-tecnológicos ha perdido validez. Según Trough, a día de hoy no es cierto que: “el cerebro sea el órgano principal del cuerpo, el órgano integrador cuyas funciones no pueden ser remplazadas por otro órgano o por medios artificiales” (Trough, 1999, p. 45). Junto a Trough, en la misma línea, Singer (1997) sostiene que desde 1968: “las fuerzas coordinadas de la medicina de cuidados intensivos moderna ha remplazado el papel del cerebro a la hora de regular el cuerpo” (Singer, 1997, p.43). Claros ejemplos de esta situación son en primer lugar, aquellos pacientes en muerte cerebral que se les mantiene en tal situación hasta que donan sus órganos, y el caso más extremo de aquellas mujeres embarazadas que han fallecido (cerebralmente) y se les prolonga su situación hasta que den a luz.

Todo ello ha dado lugar a un gran número de problemas éticos, los cuales Jonas los resume de la siguiente manera:

Si estos pacientes (los “muertos vivos”) están muertos, ¿es lógico que un cadáver pueda permanecer tanto tiempo sin descomponerse?, ¿se pueden mantener cadáveres con vida?; si el paciente comatoso está muerto ya no es un paciente, sino un cadáver, por lo que la “prolongación del estado intermedio” del mismo, que no es vida, ¿es una simulación de vida? (Jonas, 1997, p.153).

En cualquier caso, pese a las limitaciones que esta concepción evoca, esta definición, considerablemente aceptada en la medicina occidental (Escalante, 1996), ha legitimado el diagnóstico de muerte encefálica, permitiendo así trazar unas fronteras éticas.

Ahondando en la tercera definición médica de muerte (segunda encefálica), ésta se define como el cese de función del tronco encefálico, diferenciándose esta de la anterior de que en este caso se ubica las funciones cerebrales esenciales, emplazándolas en el tronco encefálico. Como es sabido, el tronco del encéfalo es el responsable de las funciones inconscientes, entre las que destacan el control de la respiración, la regulación de la presión arterial y el ritmo cardiaco, la musculatura de las paredes arteriales, etc. Si bien, en nuestro caso la más importante es que encierra el sistema de activación reticular ascendente, el cual cobra un papel importante en el mantenimiento de la vigilia, es decir, “en la generación de la capacidad para la conciencia, que es una precondition esencial del contenido de la conciencia” (Escalante, 1996, p.67).

Así, en consecuencia, el mal funcionamiento del tronco cerebral, además de implicar el no funcionamiento de las funciones involuntarias ya vistas, lleva consigo la ausencia de pensamientos, sentimientos, interacción social, etc. Por tanto, dicho daño en

el tronco cerebral constituirá un punto de no retorno. La muerte encefálica, en este caso, se precisaría como la muerte del tronco encefálico exclusivamente, dado que ésta daría lugar a una apnea y pérdida de conciencia irreversible. Este modelo, a diferencia del anterior, admite la presencia de funciones cerebrales residuales, si bien estas no “plantean problemas conceptuales ya que la actividad de los hemisferios cerebrales queda expresamente fuera” (Escalante, 1996, p.66).

Esta definición médica de muerte, pese a gozar de una amplia aceptación desde el punto de vista clínico, no está normalizado en la mayoría de los países.

Las críticas a esta definición son, por una parte, la defensa de que la pérdida de la capacidad espontánea para ventilar puede ser compensada artificialmente, debido a lo cual “la respiración no es tan esencial para la naturaleza humana que su pérdida signifique la muerte” (Escalante, 1996, p.66-67). Por otro lado:

Distintos autores han demostrado, tanto clínicamente como experimentalmente, que al estimular un SRAA <<sistema de activación reticular ascendente>> cabe reproducir un “despertar”, lo que asimismo sería indicativo de que la capacidad para la conciencia no es tan esencial para la vida que su pérdida sea sinónimo de muerte. (Escalante, 1996, p.66-67)

Las últimas dos definiciones argumentadas están convenientemente próximas entre sí, si bien, las dos se amparan en pruebas y criterios avalados por la ciencia, no son irrefutables, es decir, no consiguen diagnosticar la muerte sin ningún género de dudas (Gracia, 1996). Es por todo ello, que históricamente en la gran mayoría de países del mundo se admite como muerte cerebral la definición asentada en el principio conservador del cese de función del cerebro entero.

La última de las definiciones médicas, y tercera encefálica se refiere al cese de función de la neo corteza cerebral, localizando aún más la parte del encéfalo que de perderse supondría la muerte humana. En la corteza cerebral situamos las funciones que desarrollan el contenido de la conciencia, es decir, encontraremos la inteligencia, las emociones, el pensamiento, la integración sensorial, etc. De tal modo que si hay un cese del flujo sanguíneo a la corteza cerebral no podrá llenarse de contenido la conciencia, “siendo irrelevantes para la vida del ser humano y, por tanto, para la determinación de su muerte, el resto de las estructuras encefálicas, que controlan las funciones vegetativas” (Escalante, 1996, p.67).

Esta definición tiene un enorme paralelismo con aquellos que reivindican la identidad personal frente a la unidimensionalidad de lo biológico-corporal, es decir:

Si la esencia humana de un individuo, construida en tanto que ser social, es su personalidad, su vida consciente, su carácter único, su capacidad para recordar, juzgar, razonar, actuar, disfrutar, preocuparse, etc. La pérdida irreversible de la capacidad de dotar de contenido a la conciencia le inhabilita para crear, o engancharse a, cualquier proyecto vital humano: está humanamente muerto (Valdés, 1994, p.151).

La principal crítica a esta última definición es el hecho de tratar como muertos a personas que aún son capaces de respirar sin ayuda externa. Dicha definición, en virtud de lo referido anteriormente, presentaría dos situaciones con problemas de implementación, como son el caso de los anencéfalos y los pacientes en estado vegetativo persistente (EVP), ya que ambos, según esta definición, serían considerados como muertos, mientras que en virtud de las dos definiciones anteriormente vistas serían considerados como vivos. Es por ello que para la gran mayoría de las personas, y buena parte del personal sanitario, resultará contranatura etiquetar a personas en tal situación

como muertos (Trough, 1999). En definitiva, se pueden presentar contrasentidos, que Singer concluye de forma excepcional:

Si estás muerto cuando tu cerebro está muerto, ¿cuándo mueres si nunca has tenido cerebro?, como ocurre con los bebés anencéfalos; ¿Cómo se le podría permitir morir, ya fuera con dignidad o sin ella, a alguien que ya está muerto?; ¿Quién iba a enterrar a un cadáver que todavía respirara mientras se clavaba la tapa del ataúd? Singer (1997:28, 31 y 60).

Por tal controversia, la definición de muerte ligada a la pérdida definitiva de la conciencia y de la cognición no ha sido aceptada aún por ningún país.

Todas estas definiciones médicas de muerte, con sus respectivos criterios, muestran fisuras, atesoran problemas conceptuales y de implementación práctica. Ante tal situación, la exigencia de establecer cuando un sujeto está muerto exige tomar decisiones; decisiones que “hoy por hoy, están excesivamente mediatizadas por el poder del estamento médico en un doble sentido” (Valdés, 1994, p.154). Y es que para muchos autores, entre los que destacan Singer (2002,1997) y Jonas (1997), florecen dudas lógicas sobre si con las definiciones de muerte cerebral lo que realmente se ha buscado ha sido reglamentar un proceso tan complejo como la muerte, o por el contrario, el incesante deseo de encontrar una definición de muerte cerebral ha surgido por el deseo de conseguir órganos para trasplantes.

Este repaso por los diferentes criterios médicos de muerte, con sus respectivos pros y contras, ha legitimado aspectos clave que tercián en el debate de la definición pública de muerte. En esta línea, Veatch (1995) refiere que alcanzar algún tipo de dictamen que permita determinar qué modificaciones se producen en las estructuras o funciones corporales para reconocer a una persona como muerta es “lógicamente

prioritario” (Vectch, 1995, p.414) independientemente de que método se emplee para certificar dichas modificaciones. Es decir, socialmente es necesario instaurar una definición de muerte que sea capaz de ser utilizada para determinar cuándo un ser humano puede ser identificado como muerto.

Se trata, por tanto, de una cuestión social. Acordar la segregación entre la vida y la muerte, segregación regida a través de un acuerdo general, articulado así por la legislación, sin existir así problemas filosóficos o de cualquier otro tipo sobre los que puedan existir desacuerdos. Especialmente, cuando los mismos médicos reconocen que la muerte es un suceso en que “la ciencia médica no puede descubrir el momento en que se dice que se produce la muerte, sino más bien lo debe elegir” (Singer, 1997, p.53).

En contraposición a esta postura social, Gracia (2004), censura la falta de sentido y la reiteración por precisar el momento en que finaliza la vida, relativizando la significación de esta, ya que como refiere “ni es posible conocer esos momentos con exactitud matemática, ni tiene sentido plantear así las cosas. Hay un momento de morir, porque el argumento de la vida se ha planificado ya” (Gracia, 2004, p.430).

Trueba (2007), sopesa que delimitar el momento de la muerte es la aflicción del asunto, debido a que el diagnóstico de muerte es un acto de puro juicio práctico, fundamentalmente basado en lo empírico, y como tal nunca se podrá tomar como dogma absoluto. Como todo conocimiento empírico, nunca existirá evidente absoluta referente al dictamen emitido:

Todo proceso orgánico o biológico encierra un componente de incertidumbre que nos obliga a descubrir y asumir cierta dosis de relativismo científico y práctico para nuestras tomas de decisión. Esto puede resultar incómodo pero no es posible establecer un criterio

absoluto para poder certificar la muerte, pero ello no invalida la posibilidad de un diagnóstico testimonial, razonable y responsable. (Trueba, 2007, p.66)

En contraposición a aquellos que no entienden necesario la definición de muerte diversos autores entienden obvia la necesidad de una definición pública de muerte. Estos discrepan de la vertiente tomada desde la publicación del Informe del Comité de la Escuela de Harvard, ya que enfatizan los riesgos de haber legitimado una definición de muerte que determina como muertos a los muertos cerebrales.

Singer (1997, 2002), firme opositor a la definición de muerte, como muerte cerebral, es prosélito de recuperar el criterio de parada cardiorrespiratoria como exclusivo identificador de la muerte humana.

Ante tales inseguridades, son diversos los autores que proponen definiciones alternativas, aunque con un nexo entre ellas, a fin de evitar las limitaciones que conlleva la definición de muerte cerebral. Es por ello que simultáneamente a que en 1968 la Comisión de Harvard propusiera la definición de muerte cerebral Jonas (1997) se mostró favorable a la misma desde el punto de vista que era necesario establecer un criterio que permitiera limitar el ensañamiento terapéutico, sin embargo, en contraposición a la comisión de Harvard, refiere que “cuándo este proceso de morir ha de contemplarse como agotado en sí mismo y por tanto ha de verse al cuerpo como un cadáver, con el que se puede hacer lo que para cualquier cuerpo viviente sería tortura y muerte” (Jonas, 1997, p.155).

Troug (1999), en la misma línea que Jonas, refiere que la definición de muerte cerebral no se asemeja con la muerte de la persona, así propone tal y como refiere Singer una vuelta a la definición tradicional basada en el principio cardiorrespiratorio, afirmando que tal criterio haría volver de nuevo a un común, aceptado este por todas las religiones,

culturas, etc. A su vez Troug propone, junto al criterio cardiorrespiratorio crear otro que permita la obtención de órganos para trasplantes.

Escalante (1996) sugiere un sistema que no se limita a una única definición de muerte, sino que realiza un planteamiento pragmático en el que se dé respuesta a cada uno de los interrogantes que se pudieran plantear. Así;

A la cuestión de cuándo deben suspenderse los cuidados médicos de atención, responde, con el criterio cortical de la muerte, una vez constatado el cese permanente de la función consciente; en lo relativo a cuándo se podría realizar la extracción de órganos, señala que cuando se reuniesen los requisitos clínicos estándar de muerte encefálica (todo el encéfalo); finalmente, el enterramiento sólo se podría realizar cuando se hubiera producido el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias (Jiménez, 2002, p.155).

En la misma línea que Escalante, Singer (2002, 1997), considera beneficioso no hacer convenir la práctica médica con la definición de muerte, tal y como se intenta hacer actualmente, sino que considera que lo que habría que hacer es todo lo contrario; hacer coincidir la definición de muerte cerebral con la práctica médica actual. Para lograr esto, Singer, (2002, p.219-220; 1997, p.63-65) habla de tres interrogantes frecuentemente embarullados en las discusiones sobre la muerte cerebral como una única pregunta y que deberían plantearse separadamente:

1. ¿Cuándo muere un ser humano?: cuando la circulación de la sangre se detiene definitivamente con el consiguiente cese de la respiración, pulso y demás.
2. ¿Cuándo es lícito dejar de intentar mantener vivo a un ser humano?: cuando se encuentra en un proceso irreversible de muerte y la persistencia de su vida no le supone ningún beneficio, es decir, cuando está inconsciente irreversiblemente. En ese estado, no es significativo que perviva alguna función hormonal en el cerebro o que, incluso, se

mantengan las funciones del tronco encefálico, ya que no pueden beneficiar al paciente si ha perdido la conciencia irrevocablemente.

3. ¿Cuándo es lícito extraer órganos de un ser humano con el fin de trasplantarlos a otro ser humano?: idéntica respuesta que en la pregunta anterior.

Por todo ello, Singer sopesa que debido a tal enfoque es menos relevante conocer cuándo muere un ser humano pudiendo así abandonar la redefinición de muerte que tantos problemas genera, pudiendo de este modo volver a la definición clásica de muerte en términos de cese irreversible de la circulación de sangre. Debido a todo ello obtendrían beneficios, en primer lugar, el paciente al retirarle el sustento vital, en segundo lugar, aquellos sujetos susceptibles de recibir un órgano necesario para salvar sus vidas, y en último lugar, el sistema sanitario ya que no se puede “ignorar los límites que establece el carácter finito de los recursos médicos” (Jiménez, 2002, p.171).

2.3. CONCEPTO DE MUERTE EN ESPAÑA

En la actualidad, en el régimen jurídico español no se halla ninguna ley que regule las posturas concernientes al proceso de morir, o lo que podríamos traducir en una ley que regule la relación de cada ciudadano con la muerte. Así mismo, pese a que existen diversas leyes que normalizan algunos aspectos parciales del fenómeno, como pudieran ser el trasplante de órganos o la normativa de empresas sobre servicios funerarios (Jiménez, 2002), es muy elocuente que no exista una ley que se dedique en exclusiva a definir como tal a la muerte.

Resulta revelador que en ausencia de una ley exclusiva que defina la muerte, se opte por definir ésta de una forma subsidiaria, es decir, se la defina como un instrumento al servicio de un ámbito social específico que se quiere regular, concretamente, el de los trasplantes de órganos. De tal manera, el objetivo del legislador español de definir la muerte, se dirige únicamente a especificar los criterios médicos de comprobación y certificación de la misma (Tarongí et al, 2003).

Así, en la legislación española actual se asume el concepto “muerte” como un vocablo normativo “que se incorpora como supuesto de hecho de una norma”, y se limita a “dar eficacia a la lex artis del momento, de modo que permita, según criterio razonable de los técnicos y expertos, estimar producida la muerte, dentro de los límites y marco fijados por la finalidad y garantías establecidas por la Ley (Jiménez, 2002, p.157-58).

Pese a todo, al igual que ha sucedido en otros países desarrollados, en España se ha ido produciendo un desarrollo de la norma, incorporándose así nuevos criterios para decretar la muerte de una persona, gracias sobre todo a la incorporación de conocimientos derivados de los avances científico-técnicos. Estos avances, según Casabona (1996) han supuesto un paso positivo, ya que ha permitido la concepción de una persona muerta como

aquella que “presente lesiones cerebrales que han de ser irreversibles e incompatibles con la vida” (Casabona, 1996, p.111) alterativamente a la concepción tradicional como cese de la actividad circulatoria y respiratoria.

Frente a la actitud pasiva jurídica cuando no existía definición alguna de muerte al considerar éstos que ésta está evidente, la evolución reciente que limita el diagnóstico de muerte ha sido relativamente rápida. Así en 1979, se reguló por primera vez en España la extracción y trasplante de órganos, con la Ley 30/1979 de 27 de Octubre, estableciéndose en esta que la extracción de tales órganos debía hacerse previa comprobación de la muerte. Con el Real decreto 426/1980 se desarrolla dicha ley, estableciéndose los criterios que definirán a un sujeto en muerte cerebral, dando autorización para la extracción de sus órganos vitales, produciéndose una situación paradójica, y es que en el contenido de este Real Decreto no se contemplaba la obtención de órganos cuando la muerte se producía por parada cardiorrespiratoria, por lo que como afirma Pérez Pérez (2006), “había disparidad entre la realidad clínica y la regulación legal” (p.708).

Posterior a estos, un nuevo Real Decreto, el 2070/1999, produjo la actualización del anterior. La creación de este Real Decreto se justifica en primer lugar ante la necesidad de sumar a la legislación la donación de órganos provenientes de muertes por parada cardiorrespiratoria, y a su vez porque debido a los progresos científico-técnicos la anterior había quedado obsoleta, en concreto a lo referente al diagnóstico de muerte encefálica.

En este Real Decreto, se enfatiza en la necesidad de obtener órganos para futuras donaciones de forma rápida y a través de la cual se minimicen los riesgos del deterioro de los órganos. Así se hace preciso: “un mecanismo eficaz y de suficiente agilidad que permita la inmediata autorización para la obtención de los órganos en los casos en que

ésta sea necesaria” (Jiménez, 2002, p.159). A través de este Real Decreto, además de legislar el transporte, la conservación de órganos, etc. se modifican los criterios de donación, incluyéndose así como novedoso la donación de órganos provenientes de sujetos con corazón parado: “el diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basará en el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias o de las funciones encefálicas, conforme establece el artículo 10” (p. 188). Así mismo se incluye la utilización de nuevos procedimientos, más novedosos y eficaces a la par que seguros para el diagnóstico de muerte encefálica, pese a lo cual, se exige para su certificación la existencia de un certificado médico firmado por tres médicos, entre los cuales debe figurar un neurólogo o neurocirujano, así como la firma del jefe de servicio donde el sujeto se encuentre ingresado.

Por último cabe destacar que para eliminar todo tipo de suspicacia en las certificaciones de defunción, los facultativos encargados de certificar la muerte de los sujetos no podrán formar en ningún caso parte del equipo extractor o trasplantador de los órganos.

Finalmente destacar que no se descarta una nueva modificación de la definición de muerte cerebral, tal y como refiere el propio Real Decreto. En la disposición final tercera se asume el carácter inestable del diagnóstico de muerte, estableciendo que:

El Ministerio de Sanidad y Consumo actualizará los protocolos de diagnóstico y certificación de la muerte para la extracción de órganos de donantes fallecidos... según el avance de los conocimientos científico-técnicos en la materia, previo dictamen de la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (p. 188)

2.4. TIPOS DE MUERTE

Si algo es innato a los seres humanos, es que desde el momento del nacimiento todos son semejantes respecto a que disponemos de una vida finita, pero hemos de discernir que no todos son afines en su manera de morir. Así, no existe un único modelo de muerte, sino muertes muy distintas, ya sea a causa del que muere, de los que lo cuidan o de los que le rodean.

Pattison (1977) hace alusión en sus escritos a cuatro modelos de muerte, los cuales son referidos por numerosos investigadores en la bibliografía, entre los que destacan: Papalia & Olds, (1988); Stevens-Long, (1988); Hayslip & Panek, (1989). Exponemos a continuación cuáles son estos cuatro tipos de muerte:

- Muerte sociológica.
- Muerte psicológica.
- Muerte biológica.
- Muerte fisiológica.

En primer lugar, la muerte sociológica Pattison (1997) la define como la desunión emocional definitiva que se obra entre el paciente y las figuras significativas de su vida, antes del óbito.

Frecuentemente cuando un paciente se encuentra en la fase final de su enfermedad mortal, tanto la familia como los profesionales sanitarios procurar distanciarse de su lado, despersonalizan al enfermo, refiriéndose a él en tercera persona o incluso tratándolo como un número o una enfermedad. Así el paciente moribundo es tratado prematuramente como si la muerte biológica se hubiese producido. En correlación a este pensamiento Kübler-Ross (1974), expone que a estos pacientes se les debe continuar asistiendo como personas.

Por su parte, la muerte psicológica radica en que toda actividad psicológica del individuo (necesidades, sentimientos y pensamientos) se paralizan admitiendo definitivamente su muerte inminente. Santo Domingo (1976) contempla la idea de que esta forma de conducta, permite a cada individuo construir su propia muerte en su vida del mejor modo posible. En la misma línea Kübler-Ross (1969) en la última fase de su modelo sostiene que primero se ha de dar la muerte social para dar paso más adelante a la muerte psíquica.

Mishara & Riedel (1986), refieren y analizan tres formas de muerte psicológicas en las personas de edad avanzada.

La primera forma de muerte psicológica es aquella que según Mushara y Riedel se da en aquellos sujetos que o bien han sobrevivido a desastres naturales o bien a ataques provocados por otros hombres, afirmando que estos sujetos quedarán marcados por la muerte, integrando la presencia de esta como parte de ellos mismos. En esta primera forma es común el “sentimiento de culpa” que incorporan a su vida los supervivientes.

La segunda forma es aquella que muestran los individuos que se muestran psicológicamente ausentes, parecen extraños, poseen una mirada vacía y tal y como refería Mishara & Riedel (1986) “Deambulan como muertos que andan” (p.192) Esta típica ausencia será marcada en pacientes con demencia y/o psicosis.

La tercera y última forma de muerte psicológica que describen Mishara y Riedel es la que denominan “alineación completa de sí”, esta es la que parecen aquellas personas que en la fase final de sus vidas viven internadas en residencias, tesitura que provoca en ellas un profundo sentimiento de soledad y aislamiento.

Cerrada la muerte psicológica, entendemos la muerte biológica, el tercer tipo de muerte, como el instante en que el ser humano deja de funcionar como un todo, mientras

que la muerte fisiológica, el cuarto y último tipo de muerte, es el instante en que se detiene la función del sistema orgánico. Así pues, la primera de ellas, la muerte biológica la identificaremos con la muerte cerebral, mientras que la muerte fisiológica la identificaremos con la ausencia de signos vitales. Ambas ya han quedado tratadas anteriormente.

Si bien, hemos realizado una clasificación de los tipos de muerte conforme a lo puntualizado por Pattison en 1977, existen otras clasificaciones, entre las que destaca la realizada por Jomain en 1987, la cual la circunscribe a la forma en la que sobreviene la muerte, discerniendo por un lado la muerte lenta y por otro la muerte súbita, de las cuales nos ocuparemos a continuación.

Entendemos por muerte lenta cuando la vida de una persona se va retirando poco a poco y la muerte progresa gradualmente, es decir, tal y como afirma Valdés (1994) “es como si dijéramos que la muerte va ganando terreno” (p.32).

Glaser & Strauss (1967) califican a este tipo de muerte como “la espera prolongada”, la cual, concede tanto a la familia, como al enfermo la producción de sus reacciones emotivas. Es conocido, que este modo de morir es el más habitual, al que concurren la mayor parte de las personas. El que muere así, progresiva y paulatinamente, desde antaño ha sido considerado como el moribundo, aquel que entra en agonía, es decir, en el lapso que precede a la muerte, o lo que es lo mismo, la última etapa de la vida tal y como define Stevens-Long (1985).

Como hemos referido anteriormente, está es la muerte más habitual hoy en día, lo cual vendrá definido por los avances tecnológicos y médicos, lo que en consecuencia supondría “retrasar” el momento de la muerte. Esta extensión de la vida se ha troncado en una meta, y si el enfermo se encuentra bajo los cuidados hospitalarios, los

profesionales sanitarios tomarán todas las medidas indispensables que mantengan la vida del moribundo, aunque sea de manera artificial (Ariès, 1983).

Por lo tanto, el lapso de la muerte se ha alargado a costa de la medicina, es decir, si bien ésta no logra abolirla de ningún modo, puede reglar su duración: así, hemos pasado de algunas horas en otro tiempo, a algunos días, algunas semanas, meses o incluso en algunos casos, años, por todo lo cual podemos hablar de muerte lenta.

Por otro lado, hablaremos de muerte súbita cuando ésta se muestra de modo repentino. Se trata de una forma fugaz, que hace pasar sin transición del estado de vida, al estado de muerte. A diferencia del caso anterior el paciente carece de contingencia alguna para reaccionar al respecto (Slaikou, 1988).

Esta muerte inesperada, como es lógico carece de señales de aviso, produciéndose de forma rauda y carente de un periodo previo de preparación, tanto para el enfermo como para los que asisten al proceso. Thomas (1985) asocia esta forma de muerte al azar, a un accidente, a un fallo imprevisto, a un error o una enfermedad ignorada. Por otro lado, como es de suponer, tales casos se exhiben en un contexto de extrema urgencia.

Por su parte, Weisman en 1982, al pronunciarse acerca de la muerte súbita, refiere ésta bajo la denominación de imprevista, distinguiendo en ella tres clases:

1. La muerte prematura: aquella muerte que se da en aquellas personas de escasa edad, o durante su madurez o desarrollo. Es decir, aquella muerte que tiene una consideración no oportuna, como acaecida a destiempo. Esta muerte prematura nos puede conmocionar, confundir y/o desorganizar, por lo que se la considera como una muerte injusta o innecesaria.

2. La muerte inesperada: sus características son similares a la anterior, excepto por una disparidad; en esta, la muerte puede ocurrir a cualquier edad. Como ya hemos referido sigue siendo impredecible, repentina y nos halla desprevenidos.

3. La muerte calamitosa: comparte características con las anteriores respecto a su forma prematura e inesperada, pero ésta anexiona que es violenta, destructora, impredecible y degradante. El suicidio y el asesinato, son calamidades, aunque la autodestrucción haya sido aludida en ocasiones como una de las libertades del hombre (Szasz, 1971).

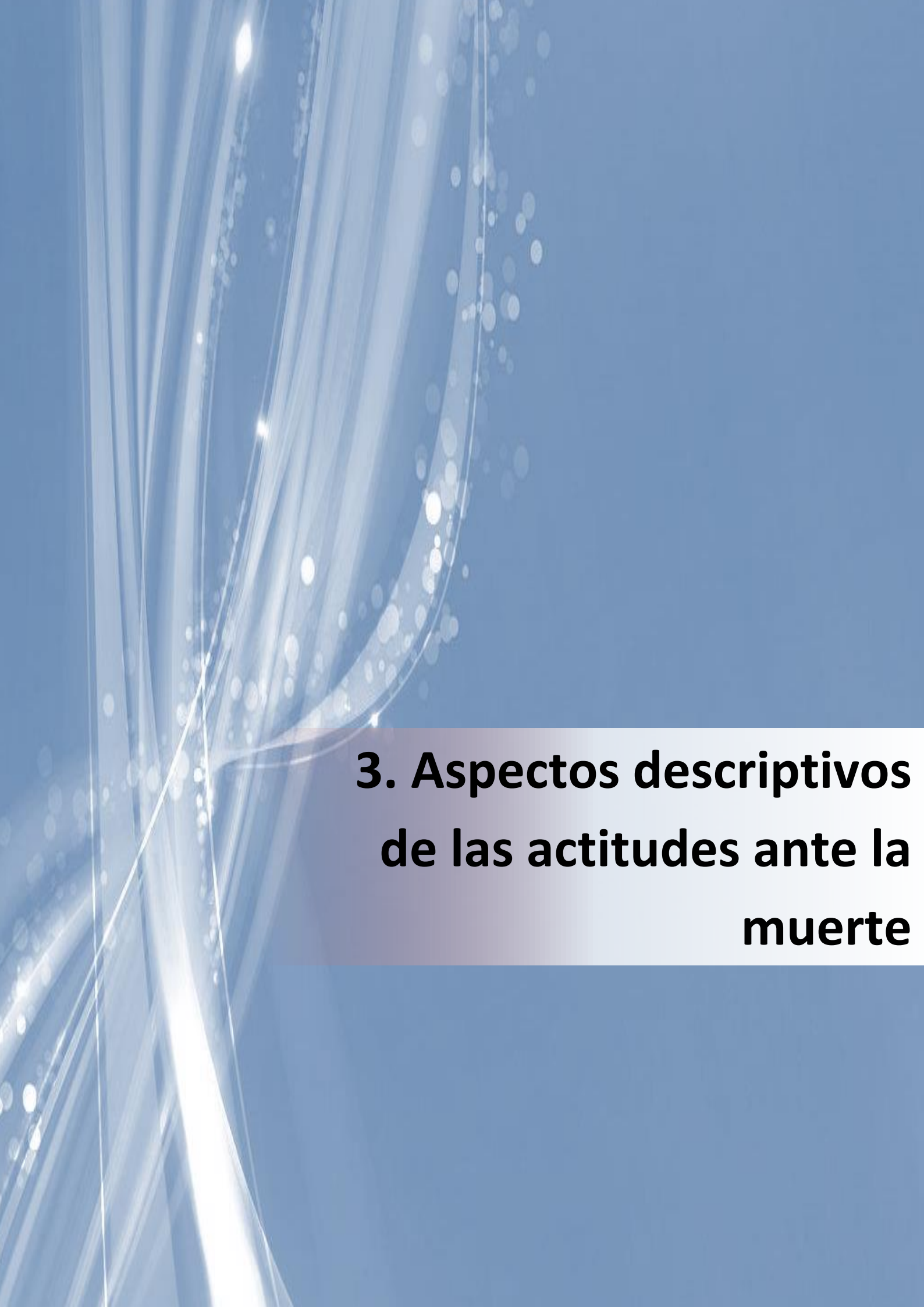
Es conocido por la literatura que las muertes súbitas o repentinas, como denomina Slaikeu (1988), son episodios con una naturaleza sumamente estresante, no sólo por su choque directo, sino también por detener los componentes estructurales de la vida de las personas. La literatura refiere que las reacciones emocionales que se asocian a una muerte súbita comprenden varias fases (Lindemann, 1944; Parkes, 1970; Moos, 1976), las cuales exponemos a continuación.

La primera de las fases descritas por los autores ya mencionados es la respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte. Esta reacción de negación se considera como un mecanismo de autoprotección innato a las personas, de manera que la persona tolera tanta realidad como esta pueda soportar.

En la segunda fase, a diferencia de la anterior, ya no puede ser eludida la realidad de muerte, siendo por ello que en esta fase empiezan a emerger los sentimientos relacionados con la pérdida. Esta fase se caracteriza por la acentuación de la preocupación y el amor intenso por la persona muerta. Es inherente de esta fase el trastorno emocional y desorganización, como puede ser la presencia de depresión en el sujeto; la alteración de las rutinas regulares, véase el trabajo o el sueño; y una ineptitud general para funcionar.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUERTE

Ya en la tercera fase constatamos que acontece la aceptación gradual de la realidad de la pérdida, debido a lo cual se rompen los lazos con el fallecido. En esta última etapa se advierte una tendencia hacia un funcionamiento vital sin el ser querido, desprendiéndose de ello el desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar al individuo perdido.



3. Aspectos descriptivos de las actitudes ante la muerte

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

3.1. ACTITUDES ANTE LA MUERTE

La noción de muerte que posee el hombre es relativa y temporal, ya que tal noción varía dependiendo del estado evolutivo de la persona, y por las influencias de factores socioculturales que ha recibido a lo largo de su vida. Así, en esta línea, las actitudes que los individuos exteriorizan ante la muerte, podrán ser también transitorias como sostiene Limonero (1994).

Comúnmente la muerte evocará una gran diversidad de actitudes y emociones en las personas, si bien la mayoría de éstas tendrán una naturaleza aversiva. Como indica Cassem (1974), la muerte significa la mayor amenaza para la vida, es por ello que las conductas de evitación hacia ésta no sólo se darán ante la muerte de una persona, sino también ante todo lo relacionado con ésta, como pueda ser la presencia de una persona enferma, de un moribundo, la visión de un cadáver, etc.

Con el fin de abordar profundamente el tema, es importante realizar una breve descripción de las principales características de las actitudes, un repaso sobre sus instrumentos de evaluación y en último lugar ahondar en el interés de intervenir en éstas para educar sobre la muerte.

3.1.1. Concepto y naturaleza de la actitud

Desde que en 1862 Spencer utilizará por primera vez el término actitud en su obra “Principios”, éste ha sido considerablemente analizado, utilizado y debatido tanto por la sociología como por la psicología. Es tal la trascendencia del término, que para McGuire (1969) y Berkowitz (1972) supuso uno de los conceptos más relevantes en la psicología

social, llegándose a considerar así como una nueva disciplina, si bien nunca se llegó a considerar objeto exclusivo de ninguna escuela o tendencia en particular.

Debido al auge que experimenta el concepto, ha sido abundante la proliferación de estudios sobre el mismo, gracias a los cuales se sabe que no se trata de un concepto aislado, sino que se encuentra íntimamente relacionado con otros conceptos psicológicos, tales como la motivación, en el sentido de que la actitud actúa como fuerza impulsora; la percepción, ya que según Fraisse (1967) la actitud es una fase de ella; y la personalidad, a colación de que ciertas estructuras actitudinales establecen diferentes personalidades, así como éstas permiten explicar y modificar la conducta.

Llegados a este punto nos debemos plantear ¿qué es la actitud? La mayoría de autores se inclinan por hablar de una definición operacional, es decir, conceptualizan ésta como una categoría de la conducta. Así Allport (1935) la definió como: “un estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada” (p.791). Junto a éste, son múltiples los autores que coinciden en afirmar la función disposicional dirigida hacia la acción que tienen las actitudes (Kelvin, 1970), es decir, la función de las actitudes es la de facilitar al sujeto la clase de respuesta que debe dar ante una determinada situación.

En esta línea, la definición de Triandis (1971) engloba perfectamente estos aspectos, afirmando que una actitud es una idea cargada de emotividad, que predispone a una clase de acciones en una clase particular de situaciones sociales. Dicha definición hace referencia a los tres componentes fundamentales que constituyen toda actitud (perceptivo, afectivo, conductual), los cuales abordaremos en el siguiente apartado.

La inmensa mayoría de los psicólogos que se han encargado de estudiar las actitudes, lo han hecho considerando éstas como un constructo, es decir como un elemento que integra los tres componentes a través de los cuales se podrá definir y analizar la conducta. Es decir, cuando hablamos de una actitud hablamos de una estructura que no es observable directamente, pero que se puede inferir indirectamente como explicación de buena parte de la conducta humana (aspecto explicativo); que a su vez cumplen la función de predictor de conductas y, además, predisposiciones que inducen al sujeto a posicionarse favorable o desfavorablemente ante determinados estímulos sociales.

Berkowitz (1972) por su parte propone clasificar las definiciones de actitud conforme a tres categorías básicas:

- Como evaluación o reacción afectiva.
- Como disposición a actuar de cierto modo.
- Como mezcla de tres componentes que forman las actitudes (afectivo, cognitivo y conductual).

Por su parte Rosenberg y Cols (1960) desarrollaron un compendio en función de los tres componentes de que consta la actitud, del objeto de la misma, y de las respuestas que se producen merced de dicha actitud. Así tendríamos:

- Variable independiente: la cual es el objeto o estímulo de la actitud.
- Variable interviniente: la actitud del sujeto con sus tres componentes; afectivo, cognitivo y conductual.

- Variable dependiente:
 - Respuesta del sistema nervioso, asociadas al componente afectivo.
 - Respuestas perceptivas, asociadas estas al componente cognitivo.
 - Conducta pública, asociado al componente conductual.

Por último, no podemos obviar la problemática actual respecto a la confusión existente entre los conceptos de creencia, actitud y opinión. Así pues, es apropiado recalcar las diferencias que separan estos dos conceptos de la actitud.

Sintetizando al máximo el problema, podríamos precisar la *creencia* como el aspecto cognitivo de la actitud. Entretanto, la *opinión* determina una conducta verbal, fijando un juicio de valor ante un hecho o una determinada situación; por ello es algo directamente observable.

Como hemos constatando, es dificultoso definir la actitud sin hacer referencia a sus componentes es por ello que en el siguiente capítulo trataremos los componentes de la actitud.

3.1.2. Componentes de la actitud

Las actitudes de un sujeto se encuentran integradas en su personalidad global y en consecuencia serán condicionadas por ella. Es por esto que no es de extrañar que toda actitud se encuentre impregnada de las tres dimensiones fundamentales de la personalidad: la percepción, emoción y motivación.

Componente cognoscitivo o perceptivo:

El hecho de que sea necesaria la percepción de un objeto para poder construir una actitud hacia él, hace evidente que se admita en general, que la actitud implica una idea más o menos definida acerca de la probabilidad de que un determinado objeto o situación

posea unos determinados atributos. En resumen, la actitud hará referencia a la evaluación favorable o desfavorable del sujeto hacia un objeto o situación. Es por ello que las diferentes ideas que tenga un sujeto acarrearán actitudes distintas.

En múltiples ocasiones la idea cognoscitiva que el sujeto tiene acerca de un objeto puede ser vaga o errónea; así cuando la representación cognoscitiva es vaga, el afecto que experimenta el sujeto hacia el objeto tenderá a ser poco intenso; por el contrario, cuando la representación es errónea la intensidad del afecto no se verá afectada, así dicho afecto será consistente en correspondencia a la representación cognoscitiva que el sujeto tiene acerca del objeto, independientemente de que corresponda o no a la realidad (Rodríguez, 1978).

Componente afectivo:

Indudablemente toda idea está siempre envuelta o impregnada de una ineludible carga emotiva. La presencia de un mayor o menor grado de emotividad que escolta a toda idea podrá adquirir un signo u otro, positivo o negativo, lo que contribuirá en la formación de una actitud positiva o negativa.

Psicólogos como Fishbein y Raven sopesan que el afectivo será el único componente característico de una actitud. Es por ello que para Fishbein & Raven (Citado por Valdés, 1994), la actitud es el sentimiento que en favor o en contra de un objeto tiene una persona.

Son muchos los investigadores que sopesan que el componente afectivo o emotivo de una actitud se origina a través de una sucesión de procesos de asociación o condicionamiento entre los estímulos y algunos productos *recompensantes* o de castigo.

Por último respecto al componente afectivo, destacan las investigaciones llevadas a cabo por Rosenberg y Cols (1960), los cuales demostraron la relación entre los dos primeros componentes de la actitud (perceptivo y afectivo) ya vistos, sopesando que si existe cambio en uno de ellos, ocurrirá un cambio similar en el otro.

Componente conductual:

Por último, debemos de comprender que las actitudes nos predispondrán a actuar o reaccionar de una determinada manera ante un objeto específico o situación. Éste sería pues el componente que ejerce una influencia determinante o dinámica sobre las respuestas del individuo de la ya citada definición de actitud de Allport (1935). Debido a lo cual, desde un punto de vista teórico consideraremos a este componente como fundamental.

En realidad, cuando se procede a estudiar una determinada actitud, el interés por su estudio reside en el factor predictor del comportamiento de los sujetos. Ya que no se objetiva consenso en relación al papel de una actitud como activador de la conducta, gran parte de los teóricos están de acuerdo en que la actitud se relaciona de alguna manera con alguna conducta observable.

Con relación a este tercer componente, Schulmann & Tittle (1968) hacen suya la aseveración, hasta entonces nada evidente, de que cuanto mayor sea la puntuación obtenida en las escalas para medir las actitudes, más segura será la predicción del comportamiento del individuo.

Es holgadamente notable que estos tres componentes no conforman compartimentos estancos, cuya suma dé lugar a una actitud. Ciertamente son muchos los estudios que demuestran que existe interacción entre ellos; dicho de otra manera:

Las actitudes consistían en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes estaban relacionados con la acción que se realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual). (Collet, 2005, p.38)

Es por esta interrelación por lo que resulta tan complejo el estudio y sobre todo el cambio de las actitudes. Así mismo, pese a que casi todos los autores admiten este triple componente de la actitud, no todos otorgan el mismo peso a cada uno de ellos.

Por último, cabría reseñar que pese a lo dicho anteriormente, diferentes estudios sopesan que los tres componentes pueden no guardar relación entre sí; así un sujeto por ejemplo puede sentir algo como positivo, pero no necesariamente actuar de acuerdo a ese sentimiento (Neimeyer, 1997).

3.1.3. Formación y función de las actitudes

Llegados aquí es primordial concernir en base a qué se forman las actitudes. Entre los numerosos determinantes que intervienen en la formación de éstas, Krech & Cols (1973) destacan dos; en primer lugar la afiliación del individuo a un grupo, con el cual éste se sentirá identificado, es decir, sus amigos, familia, compañeros, etc; y en segundo lugar su personalidad. Munné en 1980 añade a estos dos un tercero, la información que recibimos, ya sea ésta a través de la educación recibida, inculcada a través de medios de comunicación, o bien de manera empírica, es decir, a través de nuestra experiencia directa.

De ello se concluye que el principal mecanismo de formación de las actitudes es la interacción social que experimenta el individuo.

Dentro de estas interacciones podremos acentuar como factores más poderosos para la creación de actitudes a la experiencia directa que el sujeto tiene con el objeto de

la actitud, al rol que desempeña el sujeto dentro del grupo y el impacto de la comunicación en general.

Así, una vez establecido cómo se forman las actitudes, cabría preguntarnos ¿qué objetivo o función tienen las mismas? Ni que decir tiene, que poseen una valiosa utilidad, y por consiguiente serán múltiples las funciones que éstas podrán desempeñar.

Para dar respuesta al interrogante planteado hemos de referenciar numerosos estudios dedicados al análisis funcional de las actitudes. Los autores principales que han dado cabida a este tema son Smith (1947), Smith, Bruner & White (1956), Katz & Stotland (1959) y Katz (1960).

Sintetizando y realizando un compendio de los estudios de dichos autores, podemos declarar que las actitudes tienen por función:

- Ayudarnos a comprender el mundo que nos rodea.
- Permitir ajustarnos en un mundo complejo.
- Proteger nuestra autoestima.
- Permitir expresar nuestros valores fundamentales.

Es importante conocer que continuamente recibimos información del exterior, debiendo codificar ésta con toda rapidez, para en consecuencia emitir la respuesta más adecuada. Es aquí, en la codificación y en la respuesta, donde las actitudes juegan un papel determinante. Así, en base a nuestra experiencia, responderemos de una manera u otra ante un determinado estímulo, de tal forma que si este comportamiento nos resulta provechoso, iremos posicionándonos hacia una actitud determinada (Casanueva, 1984).

A su vez, las actitudes también ejercen el papel de defensa de nuestro yo, pues ayudan al sujeto a protegerse de sí mismo, y de aquellas tensiones o angustias ligadas a

realidades desagradables de su propia personalidad. De tal modo que ésta función proporcionará una protección impidiendo el conocimiento de verdades básicas, pero desagradables, acerca de la vulnerabilidad a la enfermedad y a la muerte, por ejemplo. Es por esto último que aquellas informaciones que nos evocan miedo producirán reacciones de defensa en lugar de cambio de actitudes (Mann, 1977).

Por último, gracias a las actitudes podremos exponer ante los demás nuestra propia jerarquía de valores.

En cualquier caso, a colación de lo anteriormente argumentado, se deduce que las actitudes jugarán un papel fundamental en el manejo de la personalidad.

3.1.4. Medida y evaluación de las actitudes

Probablemente el principal problema al que se enfrenta la investigación de las actitudes sea la medición de éstas. Si bien, como hemos referido anteriormente, de la propia definición del concepto actitud se desprende que ésta no se puede observar, y en consecuencia medir o cuantificar directamente. Es por esto último que sólo podremos llegar a evidenciarla mediante la inferencia de diferentes manifestaciones; el comportamiento del sujeto, sus expresiones verbales, las manifestaciones de sentimientos respecto a un determinado objeto o situación, etc. Es así como podríamos llegar a inferir qué clase de actitud mantiene un individuo.

Con el fin de explotar el concepto de actitud para la comprensión y predicción del comportamiento se hace necesario la creación de un medio para medir estas, es decir, un utensilio a través del cual poder asignar a cada sujeto una puntuación determinada que nos indique su posición en la dimensión de una actitud determinada (Krech & Cols, 1973).

Históricamente las herramientas más empleadas para la recogida de datos sobre los que poder basar tales inferencias son las conocidas escalas de actitudes, o también llamados sistemas de medidas directas, aunque, es sabido que también pueden medirse por medios indirectos. Estas escalas o medidas directas, por lo general se ciñen a recoger la información verbal o escrita que el propio sujeto aporta. Así, estas escalas medirán la aceptación o rechazo del individuo hacia el objeto de la actitud, así como la intensidad de tal aceptación o rechazo.

La mayoría de las escalas empleadas en la medición de las actitudes destacan por su antigüedad. Las más empleadas en la medición de las actitudes serán la escala de distancia social de Bogardus (1925) y la escala de Thurstone (1928), los cuales tienen en común la presentación al sujeto de un cuestionario compuesto por una serie determinada de proposiciones, las cuales se responderán positiva o negativamente, indicando a su vez el grado en que lo hace. Los resultados se analizarán cuantitativamente, asignando como resultado un número que identifica la posición del sujeto en un continuum de aceptación-rechazo, simbolizando así la actitud de dicho sujeto con respecto al objeto en cuestión (Escámez y Ortega, 1988).

A su vez, se emplearán en la medición de actitudes la técnica de Likert (1932), y el Diferencial Semántico de Osgood (1957). Debido al presente objeto de esta tesis doctoral, no vamos a ahondar en la explicación de cada una de ellas, si bien daremos unas pequeñas pinceladas a algunas de sus limitaciones.

En la medida de las actitudes por medio de escalas se han evidenciado ciertos problemas, entre los que destaca en primer lugar el alto grado de reactividad; es decir, el individuo se percata fácilmente de qué actitud es la que se pretende medir, y en consecuencia éste se ve inducido a manifestar lo que se ha dado en llamar deseabilidad

social, y no la que es su verdadera conducta (Fishbeim & Ajzen, 1972). Al mismo tiempo que según Ostrom (1971-1972) (citado por Valdés, 1994):

También se encuentran deficiencias en la construcción de los ítems, la congruencia entre las respuestas emitidas a los ítems y el pensamiento y el sentimiento de los sujetos, la generalidad de las conclusiones, la uni/multidimensionalidad de la Escala y la fiabilidad y validez de constructo. (p.54)

En lo concerniente a nuestra investigación se ha de tener en cuenta que tales dificultades se van a presentar tanto a la hora de medir las actitudes en general, como a la hora de medir las actitudes ante la muerte, si bien en este último caso parece que existen dificultades más acusadas que en otras áreas, tal y como sostiene Urraca (1981).

- En primer lugar, es inevitable desprendernos del rechazo generalizado por parte de los individuos para hablar o manifestar sus sentimientos y pensamientos acerca del tema de la muerte.
- Seguidamente, Urraca sopesa que el alcance de la muerte para la persona puede variar debido a las experiencias personales.
- Según Feifel (1965), puede existir la paradoja de que coexistan dos actitudes contradictorias en el mismo individuo, es decir, de aceptación y rechazo.
- Otro problema, y que en posteriores capítulos pretenderemos abordar, radica en la dificultad en definir operativamente los diversos constructos; preocupación, ansiedad, temor, etc.
- Un problema muy abordado en la actualidad es la complejidad por detectar si las escalas que se emplean, miden las actitudes habituales ante la muerte o son los mismos cuestionarios los que favorecerán u originarán el miedo

y/o ansiedad. Es por esto último que habrá que tener en cuenta los niveles de sugestionabilidad y deseabilidad social a que incitan los cuestionarios.

- Así mismo es común la incongruencia de resultados entre aquellos obtenidos por métodos directos o por métodos indirectos.
- En último lugar el exceso de temática en la materia dificultará una unificación teórica y metodológica, con lo que esto conllevará.

No obstante, pese a todos los obstáculos que parece conllevar el tratamiento del tema, recientemente se están llevando a cabo tentativas para someter a examen diferentes aspectos de las actitudes personales, utilizando gran variedad de técnicas de investigación, como son el uso de test proyectivos, medidas de reacciones fisiológicas, etc.

3.1.5. Actitudes y percepciones ante la muerte

Las actitudes y formas de percibir la muerte tienen un importante componente cultural, es por ello que éstas difieren de unas culturas a otras, es de suponer por ello que habrá tantas percepciones y actitudes como innumerables son las culturas (Sadaba, 1991). Cada una de estas culturas tiene, tanto a día de hoy como antaño su propia concepción de la muerte, poseyendo a su vez un sistema en el que integrarán todos los contenidos significativos de ésta. Es por ello que no se concibe ni se conoce cultura alguna en la que el individuo se enfrente a la muerte sin ningún tipo de convicción cultural.

Así tendremos sociedades que pretenden difuminar su presencia, mientras que otras centrarán toda su vida alrededor de lo funerario, pudiéndose referir tal y como sopesa Ramos Campo (1982) que viven por y para la muerte; ejemplos claros de ello son los egipcios o los torajas de las islas Célebes.

Debido a todo ello, para entender la diversidad de actitudes, deberíamos de adentrarnos en el contexto de cada sistema cultural en el que se encuentra inmerso el individuo, para así conocer cuáles son las normas en dicho contexto respecto al tema de la muerte, si bien esto aparte de antojarse complicado se halla fuera de nuestro objeto de estudio, siendo por ello que nos referiremos de forma directa a nuestra cultura.

Partiendo del pretexto de que la muerte mantiene con la vida una relación directa, se dará, como es lógico, una continuidad entre el estilo de vida y la actitud ante la muerte. Es decir, el estilo de vida occidental contemporáneo ha modificado en consecuencia la percepción de la muerte y así su situación dentro de la sociedad. En las grandes urbes, donde se localiza la mayor parte de la población, la muerte ya no es vivida como antaño por un grupo social, sino que ha dado lugar a ser vivida por un pequeño círculo de allegados, dentro del cual cada individuo tendrá una manera particular de percibir la muerte, y así en consecuencia de afrontarla. Es por ello que las diferencias individuales también tendrán cabida, pues es importante “qué significa la muerte para cada individuo en particular y como responde a ella” (Valdes, 1994, p.73).

Para nuestros objetivos consideraremos dos dimensiones; en primer lugar el planteamiento que sobre su propia muerte realiza cada individuo a lo largo de su vida y, por otro lado, las consecuencias que conlleva la muerte del enfermo para el personal sanitario, incluyéndose en éste último al estudiante de enfermería.

3.1.5.1. Actitudes ante la propia muerte

Domenech (1991) sostiene que la muerte personal está íntimamente unida a la historia individual, y así a las actitudes ante la vida. Es importante conocer que el sentimiento de nuestra propia mortalidad no es algo que poseemos de manera innata, es decir, de manera automática. Simonton (1989), en referencia a ello sopesa que a menudo

no se llega a adquirir tal conocimiento hasta que tenemos un encuentro personal con algo que amenace la vida, ya sea la nuestra o la de alguien a quién amemos.

Por su parte Serra y Abengózar (1990) refieren que la vivencia de nuestra propia muerte acontecerá en todos los individuos. Éstos delimitan que cierto hecho suele ocurrir con cierta secuenciación temporal, aunque si bien refieren que no siempre es fijo, aparecerá en la mayoría de los casos ligada al último periodo de la vida, la ancianidad.

Así pues, aguardar a que se produzcan modificaciones en las concepciones y actitudes sobre la muerte a lo largo del ciclo vital a medida que se van superando etapas de la vida, es en cierto modo comprensible. Veamos a continuación la significación que adquiere la muerte para los individuos según su edad cronológica:

3.1.5.1.1. Los niños y la muerte

Es importante subrayar que la infancia ha sido la etapa más estudiada dentro del ciclo vital, debido principalmente a su significación en la formación conceptual sobre el tema de la muerte.

Según Domènech (1991), los niños acceden al concepto de muerte en el momento que estos son conscientes de que todo aquello que tiene vida, acaba muriendo. Si bien, lo que los niños circunscriben a qué es morirse variará con la edad y con el grado de madurez psicológica, como posteriormente veremos. Así, el concepto de muerte será adquirido por éstos a merced de una serie de características, que a grandes rasgos serán:

- El nivel de maduración de éstos.
- La importancia del factor experiencia, es decir, la cantidad de situaciones relacionadas con la muerte a lo largo de su trayectoria vital.

- El papel otorgado por los adultos acerca de la explicación más o menos veraz de los hechos acontecidos relacionados con la muerte (Serra y Abengózar, 1990).

Es por ello, que todo lo anterior condicionará que un niño, de mayor o menor edad, con mayor o menor contacto con situaciones de muerte en su trayectoria vital, posea interpretaciones bien distintas acerca del morir.

Debido a tal situación, han sido varios los investigadores que han pretendido entender y precisar cómo piensa y reacciona el niño ante la muerte. Entre éstos destaca el papel de la psicóloga húngara María Nagy en 1940. Ésta llevo a cabo una investigación a través de la cual se intentaba dar respuesta a tres interrogantes en relación a la muerte y los niños; ¿Qué es la muerte?, ¿por qué muere la gente?, ¿qué le sucede a la gente cuando muere y a dónde va? Para llevar a cabo su investigación se valió del análisis de las palabras y dibujos de 378 niños húngaros en edades comprendidas entre los 3 y 10 años. Gracias a dicha investigación María Nagy evidencio que existían tres fases o etapas en el proceso a través del cual el niño adquiere conciencia de la mortalidad:

1) Primera etapa:

María Nagy la circunscribe a aquellos niños en edades comprendidas entre los 3 y 5 años. En esta época el niño negará el carácter inevitable y final de la muerte, de tal modo que éste nunca morirá, así como sus padres o seres queridos tampoco.

Es decir, en este periodo de edad no se entiende la muerte como una cesación completa, ni se entiende por ella un desenlace final; los niños la consideran más bien como un sueño, como un viaje, o incluso vivir en determinadas condiciones. Así pues, en este periodo de edad la vida y la muerte no se excluyen mutuamente, así lo más común que se produce para éstos es lo que María Nagy refiere como separación temporal.

A modo de síntesis, los niños con edades comprendidas entre 3 y 5 años no reconocerán la muerte como un suceso irreversible; no distinguiendo por ello entre estar vivos y no estar vivos.

2) Segunda etapa:

En el periodo comprendido entre los 5 y los 9 años, la negación ya resulta imposible, por lo que es necesario buscar una explicación de la muerte. Pese a ello, tal concepto, a tan temprana edad, surge naturalmente formulado de forma defectuosa.

Para María Nagy el niño a partir de los 6 años comienza a admitir parcialmente la muerte. El niño de esta edad entiende ésta como una ausencia, una desaparición transitoria, una larga enfermedad. Así, a esta edad el niño empieza a discernir diferencias entre el sueño y la muerte.

Parece que el niño es apto para aceptar la idea de que alguien haya muerto, siendo capaz también de admitir en consecuencia la destrucción de la vida, ahora bien, no cree que la muerte sea algo que suceda universalmente, es decir, a todo el mundo por igual, y en especial, a él mismo. En esta segunda etapa se mantiene la certeza de que la muerte puede ser eludida, si bien, no es algo inevitable. Destaca la concepción a esta edad de que el morir es algo definitivo, es decir, es un fin biológico. A su vez es importante que los niños consideran a sus padres como sujetos omnipotentes, y que por ello les podrán proteger de la muerte.

En este periodo destaca el hecho de la personificación de la muerte, así la muerte es individualizada, es decir, es un fantasma, un ángel, un demonio, etc. Sabiendo que siempre la personificación es de una figura distinta al hombre, aunque compartiendo características antropomórficas. “El sentido de realidad ha aumentado hasta la admisión

de la existencia de la muerte, pero aún funciona en un nivel fantástico y con propiedades fantasmales” (Valdés, 1994, p.64).

A modo de síntesis, la idea de muerte a partir de los seis años cada vez es más real. Los niños crean fantasmas sobre la vida después de la muerte y, lo que es muy importante, empiezan a aparecer los mecanismos de represión típicos de las personas mayores. Si bien, a diferencia de éstas, los niños tienen una sensación de tiempo muy largo, y si están sanos verán su propia muerte como un acontecimiento muy lejano.

3) Tercera etapa:

Esta última etapa es la que abarca el periodo de edad comprendido entre los 9 y 10 años. Sin duda alguna el principal acontecimiento en esta tercera etapa es que el niño reconoce en la muerte una experiencia ineludible, por la que antes o después el tendrá también que pasar. Esta etapa destaca por la comprensión de la muerte como un final, es decir, como cese de las funciones corporales y como algo inevitable. Es por ello que a partir de los 9 años el niño cae en la cuenta de que la muerte acaba con la vida, siendo por ello que la perspectiva de muerte personal parece aceptarse, pese a lo cual creen en la existencia de un alma que sí continúa viviendo. Acepta por tanto el hecho de la muerte como algo universal.

Como referimos al principio, son muchos los estudios que han constatado que en el niño, la noción de muerte sigue un desarrollo progresivo. Mencionemos en esta línea el trabajo de Sylvia Anthony (1940). Su estudio aportó resultados muy semejantes a los propuestos por María Nagy, ésta refirió que hacia los 7 u 8 años de edad los niños avanzan considerablemente hacia el conocimiento sobre el tema. A su vez constata que a partir de los 8 años de edad los niños son capaces de establecer los factores biológicos esenciales de la muerte y a su vez poseen una conciencia más plena de lo que conlleva no vivir. Es

entonces cuando los niños no rehúyen el pensamiento de la muerte, y por lo general se muestran abiertos a hablar del tema, incluso muchos de ellos la mencionan de manera totalmente espontánea, siendo capaces de comprender, en teoría, que la vida ha de concluir a la larga con la muerte, ahora bien, que ésta acontezca realmente a una persona conocida no les resulta fácilmente comprensible.

No podemos obviar el trabajo del norteamericano Jackson (1974). Éste es probablemente el autor que mejor ha resumido los resultados de las principales investigaciones llevadas a cabo en la materia, trazando así el siguiente esquema:

1) Primera fase:

Abarcará desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años. En esta primera fase los niños entienden la muerte como una separación, ahora bien, el niño no distinguirá entre una separación corta y la separación definitiva que conlleva la muerte, debido a que su percepción del espacio y más concretamente del tiempo, es aún limitada. Así el niño no entiende que la muerte tenga que ser eterna.

Debido a ello para el niño de esta edad la muerte carece de sentido angustioso y cruel que tiene para el adulto, y es que el estar muerto no es más que estar lejos. Así, el miedo a quedarse sólo va a ser una de las preocupaciones básicas, es decir, el temor a la muerte ira unido a la separación de los padres, perdiendo así la protección que estos le ofrecían. La expresión de miedo o ansiedad a la muerte en esta edad se expresará a través de lenguaje no verbal; llanto, agresividad, apatía, etc.

2) Segunda fase:

En los niños entre 4 y 7 años la preocupación por la muerte se desenvuelve en el plano físico. Es decir, el niño a medida que va creciendo va conociendo progresivamente

su cuerpo, y en consecuencia las funciones biológicas elementales que caracterizan al ser vivo, es por ello que tratan de comprender la naturaleza de la muerte comparándola con la vida. Así, en este periodo son típicas las preguntas sobre la muerte en comparación con la vida; se interesan por si los muertos oyen, ven, siente, hablan, comen, etc. Es decir se preocupan en su aspecto físico. Gracias a estas preguntas el niño trata de encontrar las diferencias entre estar vivo y estar muerto.

Las muestras de miedo y/o ansiedad ante la muerte son expresadas mediante lenguaje verbal.

3) Tercera fase:

Una de las principales características de los niños entre 8 y 11 años es el progreso del desarrollo intelectual que experimentan, marcándose sobre todo en las nociones sobre el tiempo y espacio, adquiriendo éstas un significado más preciso.

La muerte en este intervalo de edad ya es aceptada como ineludible e inevitable, por ello las preocupaciones más inmediatas en el niño giran en torno a una serie de cuestiones; “¿qué pasaría si murieran mis padres?, ¿quién cuidaría de mí y de mis hermanos?, ¿qué podría hacer yo?” (Valdés, 1994, p.66). De tal modo que para el niño de esta edad la muerte es vivida desde el plano social, es decir, el niño ve en la muerte una amenaza al contexto social en el que se encuentra inmerso o lo que es lo mismo a las relaciones en el seno familiar.

3.1.5.1.2. Los adolescentes, los adultos y la muerte

En la adolescencia se considera que la muerte puede ser entendida en términos abstractos, tal y como los adultos la perciben. A diferencia del niño, el adolescente asimila la muerte como un hecho inevitable y final de todo, sin embargo, la advierte como algo

lejano (Grollman, 1974), y a su vez como algo que no le afecta a él de forma inmediata, sustentado esto último en la concepción idealizada de la realidad que caracteriza a esta edad.

El adolescente, a través de las experiencias vividas y sus propias reflexiones trata de concebir su peculiar filosofía de la vida y de la muerte. Aun así, habrá que tener en cuenta la presencia de una serie de factores que influirán en la configuración de la actitud del adolescente hacia la muerte. Entre éstas destacan:

- El grado de desarrollo.
- La maduración y el tipo de personalidad.
- Las experiencias vitales, así como la comunicación sobre el tema de la muerte con otras personas.
- El ajuste o desajuste a la realidad.
- En último lugar, el contexto psicosocial (Kastenbaum, 1977).

La sinergia de todos estos componentes hará que el adolescente vaya creando su propia y particular concepción sobre la muerte, desarrollando así una determinada actitud hacia ella.

Se han llevado a cabo diversos estudios de perspectiva temporal sobre la adolescencia y la temprana adultez, los cuales hacen énfasis en una relación clave entre la consideración de muerte y el futuro. De estos se logra desprender que la forma en que los jóvenes entienden el futuro proporcionará importantes aportaciones para conocer las ideas de estos sobre la muerte.

Así Wohlford (1966) refiere que aquellos jóvenes con manifestaciones ansiosas altas, tendrán una tendencia de proyección de futuro más limitada. En la misma línea que

Wohlford, Disckstein sostiene que hay una relación lineal entre la preocupación por la muerte y la percepción del futuro personal, así Disckstein concluye que aquellos adolescentes con bajos niveles de interés en los temas de la muerte percibirán su futuro como lejano, mientras que aquellos que se muestran más aprensivos hacia la muerte ocurrirá todo lo contrario.

La expectativa subjetiva de vida (Techan y Kastenbaum, 1970) podrá llegar a ser una dimensión significativa a través de la cual poder comprender los planteamientos generales ante la vida del individuo a cualquier edad cronológica. Así, experimentos como el de Hultsch, nos explica como emplearían su tiempo habitantes de comunidades rurales si supieran que les queda un mes de vida. Los resultados evidenciaron que los individuos más jóvenes modificarían la forma de emplear su tiempo, mientras que aquellos de más edad no cambiarían sus estilos de vida. Papalia & Olds (1988) coinciden plenamente con esta idea ya que comprueban que en la mitad de la vida los sujetos pueden adoptar cambios en sus vidas tanto en el terreno profesional, conyugal, familiar en general, como en su escala de valores acerca del uso del tiempo; mientras en la edad adulta tardía, aseguran, no parece ocurrir lo mismo.

En ciertas ocasiones, un miedo o ansiedad prudenciales ante la muerte podrá conducir a que los adolescentes o adultos valoren mucho más la vida, pero en contraposición a ello, cuando la muerte les angustia y obsesiona excesivamente puede dar lugar a conductas agresivas y comportamientos inadaptados, que podrán entrañar un peligro evidente para sus vidas y para la de los demás.

Las diferencias que podemos encontrar en las expectativas subjetivas de vida pueden deberse a factores situacionales, de personalidad, demográficos, etc. Y es que no debemos obviar que cada individuo posee una manera particular de advertir la muerte, y

por consiguiente, de afrontarla. Debido a ello, las diferencias particulares deberán ser tenidas en cuenta por los investigadores, pues es importante el significado que adquiere la muerte para cada individuo en particular, y cómo responde a ésta; por lo que parece sensato considerar la posibilidad de que las posturas, además de múltiples, serán de una enorme complejidad, con diferentes niveles y enormemente influenciados por situaciones concretas en cada individuo (Feifel & Branscomb, 1973).

Cerrando la adolescencia, en lo que respecta a los adultos, sopesar que en la madurez la muerte empieza a surgir en el horizonte de la vida, pasando a ser considerada como un evento natural que tarde o temprano acaecerá.

Si bien, para muchos sujetos la vivencia de la propia muerte sobreviene de forma repentina e inesperada a lo largo de sus vidas, Levinson et Al. (1976) sopesan que existe un momento concreto en el desarrollo evolutivo de un individuo, al que denomina “convertirse en un hombre responsable”, en el cual, el ser humano comienza a reflexionar acerca de la caducidad de la vida, del envejecer y lo que más nos atañe, de la conciencia de la muerte de uno mismo como proceso normativo.

Sopesamos que la inmensa mayoría de los individuos de la sociedad occidental, que es la que nos atañe:

Se plantean el tema de la muerte con mayor reflexión al tomar conciencia de que comienza a producirse en ellos mismos los cambios biológicos característicos del proceso de envejecimiento, pudiendo producir modificaciones en sus estilos de vida así como en sus planteamientos vitales (Abengózar (Citado por Valdés, 1994, p. 73).

Esta manera que tienen los individuos de percibir la muerte, junto al sentirse envejecer puede explicar los cambios que se dan en sus vidas y los que ocurren interindividualmente, mejor incluso que otros factores como la edad cronológica.

3.1.5.2. La muerte del otro para el profesional y estudiante de enfermería

Tal y como venimos refiriendo desde el inicio, la muerte ha sido y es un tema fruto de una amplia reflexión y meditación, bien desde una perspectiva filosófica, religiosa, o la más actual, desde una perspectiva científica.

Es por ello, que hoy en día se hace cada vez más complicado aceptar la mera idea de muerte descrita por Sontag (1996)

Si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o si se quiere, como una realidad problemática para lo cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada (p.197)

Por su parte Busquets (2001) sostiene que:

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica. (p.117)

En este sentido, la muerte o la proximidad de esta, evocara en el profesional y estudiante de enfermería un amplio abanico de posibilidades en cuanto a actitudes y emociones. Evidenciándose que las respuestas emocionales más frecuentes que encierra el contacto cercano con la muerte y el moribundo serán la ansiedad y el miedo (Busquets, 2001). Y es que son varios los autores que sopesan que la aparición de dichas emociones se relaciona con la actual negación social de la muerte, es decir, ésta se vive “como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y que la mayoría de las veces no está en nuestros pensamientos” (Bayes, Limonero, Romero, Arrans, 2000, p.580).

Así pues, esta negación social de la muerte, ha incidido de manera marcada en el ámbito médico. Así la medicina se ha centrado en erradicar la enfermedad y en consecuencia las causas posibles de muerte, es por ello que en base a ésta idea, toda muerte será evitable, y cuando esto no sucede así, se vive como un fracaso del profesional sanitario.

En el caso que nos atañe, el del estudiante de enfermería, la muerte ocurrirá a diario en la práctica clínica. Éste es un evento único y en la mayoría de las ocasiones de difícil afrontamiento para el estudiante. Se teme no sólo a la muerte, sino también al proceso que conduce a ésta, a la agonía lenta, al dolor, la pérdida de facultades, etc.

El profesional y, en menor medida, el estudiante de enfermería tienen, entre sus distintas funciones, ayudar a los sujetos a sobrellevar de la mejor manera posible esta transición de la vida a la muerte; tanto de los sujetos que padecen la enfermedad, como de los familiares de estos. Es por ello que se espera de éstos una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, en base a lo cual nos surge la inquietud de conocer cuán preparados están este profesional y estudiante acerca de la muerte y de las actitudes que éste adopta frente a la muerte. Conjuntamente a esta línea, son varios los autores que refieren que los profesionales y estudiantes de enfermería no estarán exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos (Collel, Fontanals, Rius, 1996).

Como es lógico, para todo ser humano, el presenciar una muerte ocasionará una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha podido observar que para el profesional y estudiante de enfermería es una experiencia más frecuente, debido a la institucionalización de la muerte, es decir, a preferir una muerte en el hospital que en el hogar (Carpintero, 2000).

Esta institucionalización, ha propiciado que el profesional y estudiante de enfermería cobren un relevante papel en este proceso, tanto con el paciente moribundo, como con sus familias. Si bien, todo el equipo es partícipe de este proceso, son los enfermeros quienes tienen una participación más directa, debido a que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas en estos pacientes.

Es por todo ello que Bayes, Limonero, Romero, Arranz (2000) refieren que:

Cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás. (p.581)

Teniendo en cuenta lo argumentado anteriormente, es evidente que para ofrecer la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada o terminal, y a sus familiares, se hace necesaria una formación específica en enfermería, en aquellos aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos, tanto en la situación que nos atañe, el pregrado, como durante el desempeño profesional. El comprender las actitudes que tiene el profesional y estudiante de enfermería ante la muerte, reviste gran importancia por la forma en como éstas contribuyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares.

Cobra relevante importancia entender cómo se sienten ambos debido a que en la actualidad, la mayoría de los fallecimientos se producen a nivel hospitalario o en instituciones socio-sanitarias, es decir, la muerte se ha institucionalizado.

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

En la actualidad los profesionales y estudiantes de enfermería carecen de instancias que apoyen a estos, los cuales han de enfrentarse a la muerte en su cotidiano quehacer, es por ello que es razonable que a la postre surjan en estos sentimientos de miedo, angustia, evitación del tema, traduciéndose ello en una mala atención a los pacientes moribundos, así como a sus familias.

Ferrel (citado por Maza, Zavala y Merino, 2008) sostiene que:

Las enfermeras requieren de apoyo para proporcionar el cuidado a estos pacientes, ya que esta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que ella reciba puede proporcionarle un programa estructurado de guía para brindar un mejor cuidado al enfermo. (p.41)

Así pues, tal y como reseña Gray (2009), son numerosos los estudios que refieren que las enfermeras y los estudiantes de enfermería expresan dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales así como con sus familias y con el afrontamiento de la muerte de sus pacientes. El problema toma una especial trascendencia cuándo, tal y como sugiere Rooda et al (1999), las actitudes hacia el cuidado de los enfermos terminales son más negativas cuanto mayor es el miedo a la muerte que tienen las propias enfermeras, siendo, en consecuencia, deficientes los cuidados prestados al paciente. Braun et al (2010), por su parte, constatan, en una muestra de enfermeras de oncología, que aquellas que presentan mayor miedo a la muerte y conductas de evitación muestran actitudes más negativas hacia el cuidado de enfermos terminales.

A nuestro nivel, los estudiantes de enfermería, a lo largo de sus prácticas clínicas, están también en contacto con el sufrimiento y la muerte de otras personas, debiendo enfrentarse no sólo a los miedos del paciente y de sus familias, sino también a sus propios

temores de manera autónoma, es decir, sin la ayuda de nadie (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). En esta misma línea, Benbunan et al (2007) destacan que la convivencia del estudiante de enfermería con la experiencia de la muerte y el proceso de morir es una de las experiencias más impactantes y estresantes a las que deberá enfrentarse a lo largo de sus prácticas en el ámbito hospitalario. En este mismo sentido, Loftus (1998) señala que en los diarios de prácticas que realizan los alumnos, el tema más recurrente es el contacto con la muerte. Varios estudios confirman que las situaciones clínicas que producen mayor estrés y ansiedad a los estudiantes son aquellas directamente relacionadas con las experiencias en torno a la muerte y al sufrimiento ajeno.

Es por ello, que el estudio de las actitudes de los estudiantes de enfermería ante la muerte es fundamental para identificar las ideas, situaciones y vivencias que más preocupación, miedo y/o ansiedad generan en el alumno y que en su futuro profesional pueden condicionar el afrontamiento e influir en el trato al paciente moribundo y su familia.

Así pues, en vista a los resultados que nos aporte la presente investigación, ahondaremos aún más en las actitudes ante la muerte del otro en los estudiantes de enfermería.

3.1.6. Medida y evaluación de las actitudes ante la muerte

Actualmente, el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R) es el único instrumento capaz de medir el amplio espectro de actitudes hacia la muerte.

El PAM-R surge en base a la revisión del PAM. El PAM-R es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes hacia la muerte, desarrollado por Gesser, Wong & Reker (1988). En sus orígenes la PAM constaba de cuatro dimensiones: a) miedo a la muerte/al proceso de morir (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la

muerte y al proceso de morir), b) aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia la felicidad después de la muerte), c) aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa, d) aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida).

Tras la investigación de éstos con estudiantes universitarios, descubrieron mediante el uso del PAM, que aunque tanto el miedo a la muerte como su evitación presuponen una actitud negativa, cabría hacer una distinción entre ambas. Así, en el miedo, la persona confronta la muerte y los sentimientos de miedo que ésta evoca. Por su parte, en la evitación la persona evita pensar, hablar o tener contacto con ésta, con el fin de reducir la ansiedad; así, la evitación es un mecanismo de defensa que mantendrá a la muerte fuera de la consciencia. En otras palabras: “dos personas pueden tener una actitud negativa hacia la muerte, pero una siempre muestra un alto grado de miedo mientras que la otra lo muestra de evitación” (Neimeyer, 1997, p.138). Ésta consideración fue la que llevo a Gesser, Wong y Reker a incluir la sub-escala de evitación de la muerte, compuesta por siete ítems, en el PAM-R.

Otra de las modificaciones que experimento la PAM, fue la eliminación de los ítems relacionados con el proceso de morir en la dimensión miedo a la muerte/proceso de morir. Así, se añadieron nuevos ítems sobre miedo a la muerte, y se acorto el nombre de dicha dimensión, llamándola “miedo a la muerte”. Por otra parte se añadieron ítems adicionales a las tres sub-escalas de aceptación. Así pues, la PAM original se amplió a 32 ítems en la PAM-R.

En cuanto a la fiabilidad de la escala, los investigadores concluyeron que ésta presenta unos coeficientes alfa de consistencia interna elevados, así, estos oscilaban entre 0,65 y 0,97 así como unos coeficientes de estabilidad test-retest de cuatro semanas

elevados, oscilando éstos entre 0,61 y 0,95. Tomándose conjuntamente todas las subescalas podemos decir que la PAM-R muestra una fiabilidad que va de buena a muy buena (Neimeyer, 1997).

En cuanto a las dimensiones propuestas para la PAM-R, o actitudes que se pueden tomar frente a la muerte, finalmente fueron: miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación neutral, aceptación de escape y finalmente, aceptación de acercamiento.

Entendemos por *Miedo a la muerte* a la respuesta consciente que tiene el ser humano en relación a la muerte, la cual se desencadena por el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.

Por su parte, la *Evitación de la muerte* se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con ésta.

En cuanto a la aceptación de la muerte; la *Aceptación neutral* definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene. Por su parte, la *Aceptación de acercamiento* se relaciona con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte. Finalmente la *Aceptación de escape* se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia, por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas (Uribe, Valderrama y López, 2007).

3.1.7. Actitudes de rechazo a la muerte

Ahondaremos en este epígrafe en el movimiento de evitación y protección, en donde el sujeto exhibe una necesidad de vivir todavía, tal y como refiere Valdés (1994) “vivir sin término”, y en consecuencia apartar la muerte, y si es posible, retrasarla al máximo.

A merced del repaso histórico mostrado en capítulos anteriores, es evidente, en mayor o menor medida, que la muerte siempre ha sido algo desagradable, y que probablemente continuará siéndolo. Este desapego, obedece a lo que defendía Freud (1968), que en nuestro inconsciente, la muerte no es posible con respecto a nosotros mismos, es decir, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida en la tierra, así pues, todos estamos convencidos de nuestra propia inmortalidad.

En el estudio de ese desapego hacia todo lo que se refiera a la muerte destaca la figura de Ariès (1983). Éste nos muestra, tal y como vimos en capítulos anteriores, la modificación de la actitud hacia la muerte, pasando de una antigua actitud en la que la muerte estaba próxima, convirtiéndose en un acontecimiento familiar, hasta hoy en día, en que ésta es algo que causa tanto miedo y tabú social que apenas osamos a decir su nombre. Es tal el papel secundario que se ha otorgado a la muerte que ésta la imaginamos y comprendemos tan sólo a duras penas.

Ariès (1987) históricamente sitúa este distanciamiento a finales del siglo XVIII, ya que a partir del siglo V, la actitud hacia la muerte era una actitud de resignación al destino y a la naturaleza, además de existir una actitud simétrica hacia los muertos, que permitía una familiaridad indiferente hacia todo lo referente con el mundo de los muertos. Dicha actitud desaparecerá como hemos dicho a finales del siglo XVIII, sin dejar apenas un vestigio en nuestras costumbres contemporáneas.

Así pues, las actitudes frente a la muerte y todo lo relacionado con los moribundos y difuntos ha sufrido grandes cambios en occidente, situándonos ante una nueva concepción de la muerte y la enfermedad, caracterizada por un proceso de racionalización, desacralización y *desocialización*.

Hoy en día, la muerte se oculta, se la enmascara porque ésta entraría en contradicción con unos valores que rechazan la muerte (Allué, 1988). El significado a esta transformación se explica merced:

De los avances de la técnica y la ciencia, la industrialización de la sociedad, el culto a la salud y a la juventud, los cambios en las estructuras sociales, como la familia, los cambios de los valores tradicionales, y la gran importancia que se le viene dando a la vivencia de una vida nueva (Valdés, 1994, p.101).

La vida en la actualidad se ha prolongado, y en consecuencia la muerte se aplaza, siendo consecuencia directa de ello que se haga más fácil olvidarse de la muerte en el normal vivir cotidiano. A día de hoy podemos llegar a afirmar que gran parte de la sociedad reprime la muerte, en el sentido, que éstos crean una serie de sistemas de defensa psicológicos, mediante los cuales se impide el acceso a todo recuerdo relacionado con experiencias dolorosas en cuanto a la muerte (Elias, 1987).

Es incuestionable que no existe cosa más codiciada para el hombre que la vida. Por ello, es natural que se aferre a ella, convencido de que si pierde ésta, pierde todo. Así pues, se valorará la vida como única realidad, prevaleciendo su promoción y protección (Gil, 1985).

En esta misma línea, Mishara & Riedel (1986), exponen los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por Riley & Cols, los cuales evidenciaron que el hombre

goza de percepciones negativas frente a la muerte, tanto en cuanto es algo que siempre sobreviene demasiado pronto y es equiparable al sufrimiento.

Debido a todo lo anteriormente visto, existe una tendencia global de adoptar actitudes de rechazo frente a la muerte, apareciendo éstas tanto a nivel individual como social, convirtiendo a la muerte en algo terrible por sí misma, “como si la muerte acaeciera a modo de lucha del hombre, aún vivo, por no morir y seguir viviendo” (Valdés, 1994, p.102).

Así pues, Pérez del Rio, Fulton, y Genovard & Gotzzen (citado por Valdés, 1994) refieren que:

En algunos casos con el solo presentimiento, idea o pensamiento de su proximidad, el hombre "palidece". No sabe con certeza lo que va a ocurrir tras el último latido de su corazón: le invade la incertidumbre de no saber si le espera la finitud radical o el comienzo de una vida extraña, de la que, en definitiva, no tiene la menor experiencia. De un modo u otro, la perspectiva no resulta demasiado atractiva a sus ojos y todos sus esfuerzos se concentrarán en evitarla o rechazarla (p.100).

Veamos pues, cuáles son las principales actitudes de rechazo que podemos contemplar, cómo se definen éstas, cómo se manifiestan y cómo se miden.

3.1.7.1.1. El miedo

3.1.7.1.1.1. Aproximación conceptual

Tal y como manifiesta Valdés (1994); “las dificultades específicas que se plantean en el diseño de los estudios del miedo, comienzan con la definición del propio fenómeno” (p.101).

Esto se debe a que el principal problema a la hora de delimitar el concepto miedo, surge cuando en el lenguaje coloquial dicho término ha venido ligado con otros significados, lo que en palabras de Martínez y Monreal (1982) hace más complicado encontrar una definición clara y precisa del mismo.

Es por ello que, en múltiples ocasiones se consideran sinónimos, términos como fobia, temor, angustia, ansiedad, etc. utilizándose todos indistintamente para definir o delimitar un único e idéntico fenómeno.

Por norma general, coexiste acuerdo entre numerosos autores que han estudiado y descrito el fenómeno del miedo de incluir éste dentro del ámbito de las emociones básicas humanas. Así mismo, otorgan al miedo el valor funcional, de adaptación y supervivencia ya que alertan, activan y movilizan al organismo, preparando a éste fisiológicamente de cara a enfrentarse a aquellas circunstancias amenazantes que puedan poner en peligro tanto su integridad física como psicológica (Pelechano, 1981). En resumen: “el miedo hace emprender al individuo las acciones adecuadas estimulándolo a actuar” (Valdés, 1994, p.101).

Así pues, podemos aseverar que el miedo puede abarcar todos los aspectos de la vida humana, alcanzando por ello una importancia predominante para la misma, ya que se empleará para superar el peligro a través de una modificación reactiva, lo cual implicará una reacción global del individuo, poniendo a éste en situación de alarma.

Conjuntamente a la dimensión funcional y de activación ya vista, resalta el carácter evolutivo y transitorio del fenómeno. En este sentido, el miedo es considerado como una emoción que forma parte integral y normal del desarrollo psicológico, así ciertos miedos serán transitorios y estrechamente determinados por una edad, desvaneciéndose así con el paso del tiempo.

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Por consiguiente, en base a todos los aspectos anteriormente descritos, el miedo se define como una respuesta normal del organismo, de naturaleza innata o aprendida, que se da en presencia de situaciones o personas percibidas como amenazantes y peligrosas, bien reales como sostiene Martínez y Monreal (1982) o imaginarios, tal y como defendía Freud (1936), para dicho organismo; que incluirá componentes de tipo biológico, entre los que destaca la alteración del ritmo cardiaco, sudoración, dilatación pupilar, etc.; componentes comportamentales, como pueden ser reacciones de evitación, huida, alejamiento, paralización, los cuales serán fácilmente reconocibles; y, por último, se incluye un componente cognitivo, como pueden ser la anticipación de un peligro, el diálogo interno, etc.

A merced de la definición vista anteriormente, cabría preguntarnos a qué se debe la naturaleza innata o adquirida del miedo. Esto se explicaría a través de la teoría Watsoniana (Watson, 1924) que afirma la existencia de estímulos innatos que desencadenarán el miedo, como puede ser un ruido, el dolor, la pérdida repentina de soporte, y, por otro lado, estímulos adquiridos que serán fruto del aprendizaje por condicionamiento. Además, tal y como refirió Pasnau (1987), una situación nueva podrá ser un fuerte inductor de nuevo.

Ahondando más en el término miedo, Gray (1971) identifica a éste con el castigo, definiendo así el miedo como un estímulo ante el cual, la mayoría de sujetos tienden a huir, escapar o evitar. Así pues, podemos enunciar que el miedo produce también reacciones de evitación y huida. Ahora bien, debido a esta última afirmación corresponde diferenciar entre escapar y evitar un estímulo que provoca miedo.

Por un lado con el término evitar aludimos a una dimensión activa previa a que aparezca el estímulo; así la evitación se ejecuta mediante la eliminación del estímulo, en

nuestro caso la muerte o el propio proceso de morir. En cambio el término escapar es dar fin a la exposición del estímulo que produce aversión (Gray, 1971). Esta evitación o escape se debe a que el individuo conserva cierta tendencia de alejar al organismo de las situaciones consideradas penosas (Nuttin & Pieron, 1965) y a huir ante el miedo (Pinillos, 1975) que le evoca todo lo que amenace su integridad física o psíquica, siendo esto lo que conocemos como el carácter anticipatorio del miedo.

Cerrando ya la conceptualización del término en sí, conviene reseñar la existencia de estudios que ponen de manifiesto las distintas formas en que se puede experimentar el miedo (Marks, 1969).

Así, es sabido que puede existir una forma crónica o una forma aguda. En el caso de la forma crónica se evidenciaran en el individuo de forma persistentes síntomas tales como la depresión, fatiga, agresividad, insomnio, etc. Por el contrario, en el caso de la forma aguda se originarán unos efectos, que aunque transitorios, serán muy llamativos, dando una sintomatología típica como “ponerse colorado o pálido, tembloroso, sudoroso, haciendo que el frío y el calor recorran el cuerpo, el corazón palpite, etc.” (Alfonso (citado por Valdés, 1994, p.103).

Por último, si bien, hemos referido que el miedo tiene de positivo su función adaptativa, es decir, que nos evade de situaciones que ponen en peligro nuestra integridad física y moral, hemos de referir que a niveles máximos, estas señales pueden convertirse en patológicas, pudiendo paralizar o disgregar la conducta del individuo y bloquear así la acción apropiada, produciéndose en consecuencia un efecto contrario al deseado, es decir, a la función adaptativa y activadora que hemos referido anteriormente, ocasionando en el individuo una tendencia a la inmovilidad, alcanzando ésta su grado máximo en lo que

Miller (1951) definió como muerte simulada, pero que a niveles moderados, tal y como hemos visto, podrán promover el aprendizaje, actuando como motivos de conducta.

3.1.7.1.1.2.Miedo a la muerte

Tal y como venimos refiriendo, el miedo ha sido, es y será algo que esté presente en la especie humana. Es por ello que todos, o casi todos los hombres han experimentado la emoción del miedo, a lo largo de su desarrollo evolutivo y desde edades bien tempranas (Alfonso, 1987).

A partir de esta característica, el interés por dedicar un capítulo al miedo a la muerte, radica en que una de las emociones que suscita la muerte con mayor asiduidad es el miedo (Thomas, 1976). Así pues, el miedo a morir se exhibe a lo largo de la vida, sin que necesariamente este esté relacionado necesariamente con una muerte real.

Ciertamente, son abundantes los autores (Malinowski, 1925; Zilboorg, 1943; Klein, 1948; Caprio, 1950; Kastenbaum & Aisenberg, 1972) que aseveran que el miedo a la muerte es un sentimiento universal. Es por esta afirmación que no resulta exagerado concluir que nadie está libre de dicha reacción. Inclusive individuos de diferentes culturas y fundamentos religiosos experimentarán en algún grado este temor.

Pese a que tal y como defendía Freud (1936), en el inconsciente no existe la muerte, se la ignora o bien, es únicamente algo que ocurre a otros, según postula la teoría psicoanalítica, el miedo relacionado con ésta parece que impregnará a toda la humanidad. Yendo más allá, Stekel (1948) sostiene que cada miedo que hemos experimentado a lo largo de nuestra vida, es en el fondo un miedo a la muerte; pese a ser ésta una afirmación extrema, no cabe la menor duda de que dicho miedo, ya sea innato o aprendido, es un miedo del cual pocos de nosotros estamos libres (Feifel & Nagy, 1981).

En esta línea, destaca la investigación de Kastenbaum & Aisenberg (.972), los cuales estudiarán el miedo desde la perspectiva estímulo-respuesta, observándose así que el miedo es la respuesta más típica e importante a la muerte, y ésta el estímulo aversivo o nocivo que desencadena ese miedo. Se puede inferir así de este enfoque la idea lógica de que todas las respuestas del miedo derivarán de un estímulo común; la amenaza de la propia extinción. Así pues, éste sería el miedo básico a la muerte.

Por otra parte, cabe destacar, que al igual que el miedo, el miedo a la muerte puede variar de intensidad, así pues, tal y como refiere Ramos Campos (1982), cierto miedo a la muerte puede ser normal e incluso necesario, ya que si no fuera gracias a este cierto miedo la vida estaría en constante peligro, y así la propia supervivencia expuesta a diferentes peligros. Si este miedo es normal, en cuanto a intensidad, hablamos de que éste tiene una función biológica o protectora de la vida (Hinton, 1974). Por el contrario, un miedo excesivo incurre en lo patológico cuando se convierte en obsesivo o demasiado intenso, a lo cual conocemos como tanatofobia.

Pese a que venimos hablando del miedo a la muerte en singular, corresponde subrayar que bajo esta denominación se incluyen un variado número de tipos de miedos ante la amenaza por la supervivencia.

Así, la unidimensionalidad o multidimensionalidad del miedo a la muerte ha supuesto un aspecto muy estudiado y a su vez discutido por diferentes autores, tales como Kastenbaum & Aisenberg (1972); Feifel & Branscomb (1973); Kastenbaum & Costa (1977); Schulz (1978).

Las primeras investigaciones a este respecto surgen de la mano de Lester (1972), el cual considera a priori el miedo a la muerte como un fenómeno multidimensional, aceptando que la estructura de dicho miedo es multivariable.

En relación a este aspecto se pueden distinguir tres niveles distintos en el miedo a la muerte y al morir:

- A) Miedo a la muerte personal:** incluiríamos dentro de este el miedo al proceso de morir, al castigo que puede acaecer post-mortem, a la agonía, a la ruptura con el mundo que conoce...etc.
- B) Miedo a la muerte del otro:** como es evidente, las personas que fallecen, desaparecen y es probable, que a raíz de esta separación surjan nuevos temores. Así pues, aparecerá miedo a la muerte de familiares y amigos principalmente. Aunque también podrá aparecer miedo al moribundo, al muerto, a los funerales, etc.
- C) Miedo a objetos:** Será el miedo que experimenta el sujeto ante la presencia de objetos y/o lugares que evoquen la muerte. Éstos podrán ser cementerios, funerales, hospitales, el color negro, etc... (Urraca, 1981)

Siguiendo la línea de entender el miedo a la muerte como un fenómeno multidimensional, destacan los aportes del antropólogo francés, Thomas (1983), el cual ha enfrentado diferentes tipos de miedo, especificando para cada uno de éstos las creencias, situaciones y circunstancias que los acompañan:

- A) Miedo a morir:** Según Thomas (1983) es el más frecuente, y en consecuencia, el que desempeña un papel fundamental. Bajo ese se incluirían el miedo por dejar una tarea sin concluir, así como el miedo por el dolor físico, la agonía, la soledad, desesperanza, etc.

Varios autores han defendido que estos miedos surgen de una educación en un contexto muy poco heroica y temerosa del riesgo.

Es importante tener en cuenta, que dicho miedo a morir dependerá del contexto situacional, así Choron (1969), plantea dos posibilidades, una en la que el individuo se enfrente directamente con la muerte, y otra en la que se piense acerca de la posibilidad e inevitabilidad de la muerte en general.

B) Miedo a lo que acontece después de la muerte: Tal y como defiende Thomas (1983) este tipo de miedo incluye únicamente argumentos egoístas. Se incluirá el miedo a la corrupción del cuerpo, a la podredumbre, la inquietud por el más allá; y por otro lado el miedo a ser olvidado, los celos con respecto a los supervivientes, las obsesiones de la nada, etc.

C) Miedo a los muertos: En este caso se tendrá miedo a que vuelvan de la muerte los desaparecidos, al contagio, etc. Si bien, esta actitud a día de hoy se puede considerar prácticamente extinta en el mundo occidental, sigue siendo bastante frecuente en África.

En base a estas afirmaciones se puede concluir que el miedo a la propia muerte es distinto que el miedo a la muerte del otro; así como también que el miedo al propio proceso de morir es distinto del miedo al proceso de morir ajeno. Esto, según Valdés (1994):

Constituye uno de los hallazgos más lógicos; que el miedo sobre la propia muerte es suficientemente independiente de otros tipos de miedo a la muerte. Es decir, que el conocer las diferencias cualitativas que los individuos pueden conceder al significado de su propia muerte puede ser esencial para la comprensión de la complejidad del miedo a la propia muerte (p.107).

De todo ello se concluye que la búsqueda metodológica del miedo a la muerte debe ser multidimensional (Katenbaum & Costa 1977).

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Por el contrario, diferentes estudios no han considerado esta multidimensionalidad, sino que se han centrado en descubrir la estructura de este miedo conforme al análisis factorial.

Éste es el caso de las investigaciones llevadas a cabo por Nelson (1978), el cual refirió tres factores actitudinales que condicionan el miedo a la muerte, estos serán:

- Evitación de los símbolos sobre la muerte y lo muerto.
- Renuncia a enfrentarse con procesos terminales.
- Miedo a la propia muerte.

Por su parte, Hoelter (1979), enumera ocho dimensiones del miedo a la muerte;

- Miedo al proceso del fallecimiento.
- Miedo a la muerte.
- Miedo a ser destruido.
- Miedo por la muerte de personas significativas.
- Miedo a lo desconocido.
- Miedo a la muerte consciente.
- Miedo por la muerte del cuerpo después de la muerte.
- Miedo a la muerte prematura.

Por otro lado, es importante conocer por qué una persona tiene miedo a la muerte, es decir, de dónde surge ese temor. Para ello se han empleado razonamientos de distinta índole, si bien, desde el punto de vista psicológico se vienen distinguiendo dos posturas.

La primera de ellas, confiere a este miedo un significado saludable. Así Kastenbaum y Aisenberg (1972), entienden que las reacciones ante la muerte son aprendidas, y en consecuencia, el miedo a ella no es natural, no es innato. Es por ello que

el miedo a la muerte se adquirirá a lo largo de la vida con el fin máximo que es preservar la vida del individuo.

La segunda de las posturas otorga al miedo a la muerte un significado morboso. Templer (1972) refiere, a diferencia de la postura anterior, que el miedo a la muerte es natural, innato, y por ello nos afecta a todos, nadie es inmune a él, ya que éste es parte esencial de la condición humana. Templer sostiene que este miedo a la muerte es el miedo principal, y así es el que influenciará a todos los demás.

Al mismo tiempo, son varios los autores que intentan dar respuesta al por qué de dicho miedo ante la muerte. Wahl (1959) interpreta que la muerte en cuanto realidad es temida, por lo que tiene de separación, soledad, castigo, destrucción, confusión, desconocida, etc. Y al mismo tiempo, cualquier circunstancia que amenaza con la separación, soledad, etc., podrá hacer manar, por asociación, el miedo a la muerte.

Por otro lado, Parkes (1973) sugiere que cuando una persona padece una enfermedad, probablemente fatal, el temor aumenta, expresando una enorme preocupación por la separación de la gente, del hogar, del trabajo, etc.

Gordon (1972), por su parte procura dividir el miedo a la muerte en diferentes miedos individuales, como son el miedo al decaimiento, al tiempo, a la irreversibilidad, a la pérdida de uno mismo, al cese de placer, etc. Sin embargo, ninguno de estos miedos de manera individual es equivalente al miedo a la muerte en general.

Así mismo, varios autores (Kastenbaum & Aisenberg, 1972 y Minton & Spilka, 1976) sostienen que las impresiones directas del miedo a la muerte personal pueden ligarse en tres componentes. Éstos aluden a las consecuencias intra, inter y transpersonales de la muerte. Es por ello que el miedo a la muerte puede deberse al impacto de la muerte en la mente y en el cuerpo (intrapersonales), al impacto de esta en

los familiares y amigos (interpersonales) y por último surgir este miedo por las creencias concernientes a la naturaleza trascendental del ser (transpersonales).

Así pues, como resumen Valdés (1994):

El miedo a perder el autocumplimiento y autoaniquilación se corresponde con el aspecto intrapersonal del miedo a la muerte. El miedo a las consecuencias para la familia y amigos y a la pérdida de la identidad social es paralelo al aspecto interpersonal de este modelo. Por último, el miedo al desconocimiento y al castigo en el futuro refleja el aspecto transpersonal del miedo a la muerte (p.109).

Es decir, el miedo a la muerte aparecerá categorizado en tres categorías según este modelo.

Por último, pese a que existen autores que no hallan relación entre el miedo a la muerte y otras variables, si existen cuantiosas investigaciones donde sí queda argumentada cierta relación.

En primer lugar destaca el trabajo de Lester (1971) en el que se analiza la variable sexo. Así se haya una relación positiva con el sexo femenino, observándose así que las mujeres padecen mayor grado de miedo a la muerte que los hombres.

Destacan también las investigaciones que relacionan el grado de educación. Mientras que algunos autores como Christ, (1961) y Rhudick & Dibner, (1961) no obtuvieron relaciones significativas, Maurer (1964) evidenció que mayores niveles de educación suponían un factor de protección del miedo a la muerte, es decir, a mayores niveles de educación, menor grado de miedo a la muerte.

Otra de las variables estudiadas, y que podían guardar relación con mayores o menores niveles de miedo a la muerte es el grado de creencia religiosa de las personas.

Las investigaciones en esta campo, al igual que en el caso anterior, han dado como resultado numerosas contradicciones; así tenemos que la relación entre el miedo a la muerte y la religión es negativa para Martín & Wrihstsman (1965) entre otros, positiva según Faunce & Fulton (1958), mientras que en otros estudios, Lester (1970), Templer & Dotson, (1970); Feifel, (1974); McDonald, (1976) encontraron que no existía relación alguna entre ambas variables.

A modo de síntesis Valdés (1994), expone la relación existente entre diferentes variables y el miedo a la muerte:

Las personas con un alto grado de miedo a la muerte comparadas con aquellas con bajo nivel de miedo tienen una visión de la muerte en términos más negativos, es decir, están frecuentemente más preocupados con pensamientos sobre la muerte, tienen un incremento de su miedo a la muerte a medida que avanzan en la edad, son menos religiosos en su conducta y creencias, y por lo general tienden a eludir su participación en los ritos funerarios. Los individuos con un alto miedo a la muerte parecen tener mayor dificultad en integrar y aceptar la noción de la muerte. (p.111)

3.1.7.1.1.3.Evaluación del miedo a la muerte

Los instrumentos que más se han empleado por parte de los investigadores en la detección, evaluación y valoración del miedo (genérico) se han agrupado en cuatro grupos independientes, los cuales serán:

- 1) La observación y el registro directo.
- 2) Entrevistas, inventarios y Escalas de observación y calificación.
- 3) Auto informes.
- 4) Evaluación directa de las medidas psicofisiológicas.

1) **Observación y registro directo**

Es el empleo de una técnica a través de la cual se efectúa la contemplación premeditada, de manera sistemática, en mayor o menor medida, y estructurada del comportamiento de un sujeto, ejecutada ésta por parte de unos observadores expertos. (Fernández Ballesteros, 1983).

Mediante este método se pretende valorar en qué medida existen conductas de aproximación, acercamiento, evitación, huida, etc. en el sujeto ante la presencia de situaciones, personas o eventos estresores.

El principal inconveniente de su utilización es que ésta lleva consigo ciertas limitaciones, ya que no se considera estrictamente ética el uso de éstas. Esto se fundamenta en que según Valdés (1994): “hay que considerar las posibles consecuencias perturbadoras y nocivas que pueden producir en los individuos la presentación in vivo de los objetos y situaciones de miedo” (p.112).

Al mismo tiempo que la problemática ética, existe una problemática de tipo práctico: esto se refiere a la dificultad en reproducir las situaciones que generan miedo.

2) **Entrevistas, inventarios y escalas de observación y calificación**

La entrevista, como uno de los elementos más empleados, pretende obtener información acerca de las respuestas de miedo.

Como norma general se tiende a diferenciar varios bloques de cuestiones, a través de los cuales se persigue recoger información referida al origen del miedo, estado actual del problema, trastornos conductuales asociados, factores ambientales desencadenantes y consecuencias, etc.

Por otro lado, las escalas de observación y calificación posibilitan adquirir datos referidos a varios aspectos del problema “origen del miedo, niveles de intensidad, estado actual, consecuencias ambientales” (Valdés, 1994, p.112). Gracias a ellas se podrá lograr la cuantificación de los datos obtenidos.

3) **Auto informes**

En este propuesto, es el propio individuo el que nos provee de la información necesaria para evaluar sus respuestas de miedo.

Según Valdés (1994): “Constan de una serie de situaciones en las que aparece la conducta de miedo y comportamientos cognitivos, motores o fisiológicos que han sido seleccionados en virtud de sus frecuencia de aparición en dichas situaciones” (p.113).

Así, los datos de conducta que se obtengan como resultados de dichos auto informes servirán de base como muestra de un tipo de conducta perturbada.

Existe una amplia variedad de auto informes, así existen auto informes que evalúan los miedos generales y cuestionarios que evalúan miedos específicos.

4) **Evaluación directa de las medidas psicofisiológicas**

Llegados a este punto es importante resaltar los avances experimentados en las últimas décadas en lo referente a la medición psicofisiológica, gracias en gran medida a los avances en el proceso tecnológico.

Uno de los principales fines del uso de los registros psicofisiológicos, se fundamenta en aportar información válida, que posibilite compendiar las conductas sobre las que habrá que actuar. Pese a ello, existen características, tanto de las propias respuestas

evaluadas, como de los aparatos de registro, que dificultarán en gran medida la evaluación del miedo.

Si bien, hasta este punto hemos exhibido de manera superficial las diferentes técnicas útiles para evaluar el miedo, es importante desgranar qué instrumentos nos son útiles para evaluar el miedo que nos concierne, el miedo a la muerte.

Debido al punto álgido que han alcanzado los estudios referentes al miedo a la muerte se han venido empleando para la valoración y medición de éste todo un amplio abanico de técnicas, tanto directas como indirectas.

Dentro de aquellas consideradas directas incluiríamos principalmente las entrevistas, los cuestionarios y por último las escalas. Por el contrario dentro de aquellas técnicas consideradas indirectas se incluirían sobre todo los test proyectivos, las respuestas psicogalvánicas y el tiempo de reacción, asociado éste la mayoría de las veces con tareas que hacen referencia a la muerte.

Hasta el momento las técnica más empleadas son las directas, en concreto, las llamadas Escalas de Evaluación Conductual, que como tales, se erigen como una herramienta de medida de los constructos que pretende medir, resultando éstas hoy en día imprescindibles.

Actualmente existe una amplia variedad de escalas, entre las que destacan por su uso y fiabilidad, la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester y la Escala de Preocupación por la Muerte de Dickstein, siendo la primera la más empleada.

1) Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester:

Pese a que dicha escala se presentó en 1969, nunca fue publicada por sus autores originales, Collett y Lester, y sólo se ha podido tener acceso a ella a través de los autores que han escrito sobre la misma.

La Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester se engendró con el fin de eliminar la problemática de heterogeneidad de contenido de los ítems de las escalas empleadas hasta ese momento para medir el miedo a la muerte.

En primer lugar, Collett y Lester eliminaron por completo los ítems que hacían referencia a los funerales y cementerios. Seguidamente crearon una escala inédita hasta el momento, una escala que permitía distinguir entre el miedo a la muerte y al proceso de morir; así dicha escala incluye cuatro subescalas separadas: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de los otros, miedo al propio proceso de morir y, por último, miedo al proceso de morir de los otros.

Uno de los principales problemas que llevo consigo la creación de esta escala fue el hecho de que cada sub-escala contenía un número diferente de ítems, 9, 10, 6 y 11 respectivamente, reflejando ello la dificultad de definir ítems que reflejaran el miedo al propio proceso de morir. Otro de los problemas que lleva consigo dicha escala es que según diferentes autores, ésta puede estar mal puntuada. Así, las puntuaciones de la sub-escala de miedo al proceso de morir de los otros son normalmente más bajas.

Entonces, ¿Cuál es la fiabilidad de la escala?

Respecto a la fiabilidad test-retest, tan sólo existe un estudio sobre ésta, llevado a cabo por Rigdon & Epting (1985). Éstos presentaron correlaciones test-retest de 7

semanas con una media de 0,55. A su vez, no presentaron correlaciones separadas para cada sub-escala.

Analizando la fiabilidad mediante el análisis de factores, el primer estudio al respecto se llevó a cabo por Livneh (1985). Éste realizó un análisis de factores de las respuestas a 200 estudiantes universitarios a los ítems de Collett-Lester e identificó 5 factores: miedo general a la propia muerte, interacción con amigos moribundos, muerte de un amigo, evitar ver a amigos moribundos y por último, actitudes hacia la propia muerte potencial. Sin embargo, Lester usando el Biomed Statscal Program BMD03M de la Universidad de California, determinó a partir de las respuestas de 241 estudiantes de sexo femenino, que existían 11 factores, de los cuales únicamente dos encajaban con las subescalas, tal y como las etiquetaron Collet y Lester (1969).

Schultz (1977) realizó un análisis de cluster de los ítems de la escala, usando las respuestas de una muestra de 164 adultos. Éste presentó los resultados en series de diagramas de dos dimensiones que representaban el grado de similitud entre los ítems. En los diagramas destacaban dos características: el agrupamiento de los ítems era diferente para hombres y mujeres, y la evaluación (calificada por Schultz como positiva o negativa) de algunos ítems difería también entre los sexos.

A partir de estos estudios se concluye que la estructura factorial de la escala Collett-Lester es muy compleja, y no encaja con la estructura que se *hipotetizó* a partir del contenido de los ítems.

Cerrando la fiabilidad, abrimos el capítulo respecto a la validez de la escala.

Son muchos los autores que han investigado la validez concurrente con otras escalas sobre el miedo a la muerte, presentándose como resultado correlaciones positivas entre las subescalas de Collett-Lester y otras escalas de miedo a la muerte (Vargo, 1980;

Hayslip & Stewart-Bussey, 1986-1987), así éstos apoyan la validez de la escala de Collett-Lester.

Pese a ello, tal y como se mencionaba anteriormente, parece necesario hacer una revisión de la escala, principalmente por dos razones; las subescalas de la escala original tienen un número desigual de ítems, y algunas personas que las han usado han referido dificultades a la hora de puntuarlas. Así son muchos los autores que han engendrado escalas revisadas, entre las que destaca la propuesta por Neimeyer en su obra “métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte”.

2) Escala de preocupación por la Muerte de Dickstein

Aunque su empleo se puede considerar “aislado”, algunos investigadores siguen empleándola.

Conviene remarcar que en sus orígenes la escala constaba de 48 ítems, pero en la actualidad, tras varias correcciones consta de 30 ítems. En ésta se distinguen dos subescalas como producto de los estudios llevados a cabo en 1976 por Klug y Boss. La primera denominada contemplación consciente de la muerte y la segunda de ellas denominada evaluación negativa de la muerte. Podemos referir así que la escala valorará por un lado la consciencia de la muerte propia y su negatividad, si bien ha demostrado mayor eficacia en la medición de la primera.

En cuanto a la fiabilidad de ésta, existen pocos estudios al respecto, si bien se ha evidenciado una buena capacidad test-retest (0,84) (Lonetto & Templer, 1988).

3.1.7.1.2. La ansiedad

3.1.7.1.2.1. Conceptualización del término ansiedad

La evolución que ha experimentado la psicología científica en los últimos dos siglos ha propiciado un amplio desarrollo de nuevos paradigmas y modelos teóricos, cuyos objetos de estudio han girado en torno a la función que ejercen las emociones en los seres humanos. Así, se evidencia que en la actualidad el tema de mayor interés desde un punto de vista teórico y metodológico es la clasificación de las emociones, y el estudio individualizado de las mismas (Casado y Miguel-Tobal, 2011).

En concreto, ahondando en lo que nos concierne, la ansiedad es una de las emociones más universales y presentes a lo largo de la vida del sujeto. Ésta ha experimentado recientemente un creciente interés por su estudio, al considerarla como una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones (Miguel-Tobal, 1990). Es por ello, que debido al creciente interés por el estudio de la misma, se han dedicado numerosas monografías, tomando como punto de referencia teorías provenientes de las distintas escuelas psicológicas que, a su vez, han permitido el desarrollo de nuevos enfoques teóricos.

No obstante, el estudio de la ansiedad no ha estado exento de cierta problemática; en primer lugar la ambigüedad conceptual del constructo ansiedad, debido al hecho de que diferentes escuelas han puesto el acento en una u otra acepción del término -angustia, temor, miedo, amenaza, estrés, frustración, tensión, arousal-, sin olvidar la necesidad de definir, diferenciar y clarificar las diferencias entre los distintos conceptos, y establecer a su vez los límites que entre ellos existe (Casado, 1994). Pese a ello, hoy en día sigue constituyéndose como uno de los constructos psicológicos más ambiguos y difusos dentro de las ciencias de la conducta. Así el intento de definirlo como “reacción emocional,

respuesta, experiencia interna, rasgo personalidad, estado, síntoma” (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p. 91) viene a agravar, “por una parte, la ambigüedad del constructo ansiedad y, por otra, los problemas metodológicos para abordar la ansiedad de forma operativa” Miguel-Tobal y Casado (citado por Navlet, 2011, p. 91).

Por último, antes de pasar a definir qué entendemos por ansiedad hoy en día, analizaremos las divergencias y convergencias de ésta con otros vocablos afines.

3.1.7.1.2.1.1. Términos sinónimos. Convergencias y divergencias

Como ya hemos referido anteriormente, bajo el constructo ansiedad, se han englobado históricamente conceptos afines, entre los que destaca la angustia, el estrés, el temor, el miedo, la amenaza, la frustración, la tensión, y la arousal.

A continuación expondremos las similitudes y diferencias entre los términos más afines y conflictivos, como son la angustia y el miedo, ambos a razón de los numerosos trabajos científicos desarrollados desde diversas escuelas.

3.1.7.1.2.1.1.1. Ansiedad versus angustia

En el estudio etimológico del vocablo ansiedad, se ha señalado que uno de los significados de ésta, según la vigésimo tercera edición del diccionario de la Real Academia Española de la lengua es el de: “angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos”, es decir, angustia y ansiedad se entenderán como términos sinónimos.

Dicha problemática a la hora de diferenciar dichos vocablos, se acentúa en el uso de otras lenguas. Así:

El término alemán *angust*, utilizado por Freud para describir un efecto negativo y una activación fisiológica desagradable, es traducido al inglés por *anxiety*, mientras que en

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

español y en francés tuvo una doble acepción, ansiedad y angustia en el primer caso y *anxiété* y *angoisse* en el segundo. (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p. 93-94)

Pese a todo, en el campo de los estudios teóricos de la psicológica, se estudiarán como términos sinónimos, pero con marcadas diferencias.

Así, en la actualidad gracias a las distintas corrientes teóricas, se ha ido, por un lado separando, y por otra, delimitando ambos conceptos, hasta en punto de que: “el concepto angustia desde el enfoque clínico se asocia con las orientaciones psicoanalíticas y humanísticas, mientras que el concepto de ansiedad se desarrolla desde el enfoque cognitivo y cognitivo-conductual” (Navlet, 2011, p.15).

Conceptualizando la angustia, hablamos de ella cuando hacemos referencia a un tipo de respuesta de ansiedad, la cual expresa un estado de excitación ante estímulos que desencadenan sentimientos difíciles de soportar (Navlet, 2011).

Pese a que son numerosos los autores que pretenden remarcar las diferencias entre ambos términos, ambos tienen un nexo común, la certeza de que una amenaza, no constatada, puede aparecer.

La angustia al igual que la ansiedad, hacen mención a percepciones amenazantes, las cuales podrán ser aprendidas, influyendo por ello en este aprendizaje las características del individuo. Por lo tanto, tal y como sostiene Fernández-Abascal (2003): “la angustia se refiere a la experiencia subjetiva asociada a la ansiedad, es decir, se utiliza para referirse al sentimiento que se produce en la respuesta de ansiedad, y, por tanto, es parte de la misma” (p.279).

Por su parte, López Ibor (1969), tanteó realizar una distinción de ambos conceptos en base a distintos elementos.

En base a la distinción de López Ibor (1969), en la angustia objetivaríamos la sintomatología física a través de reacciones de paralización, sobrecogimiento y atenuación, dependiendo unas u otras conforme al grado de nitidez con que se perciba el fenómeno desencadenante.

En contraposición, en la ansiedad prevalecen, por una parte, sentimientos psíquicos, como puede ser la sensación de peligro inminente catástrofe, etc; por otro lado, aparecerían reacciones de sobresalto y búsqueda de soluciones al peligro, siempre de forma más eficaz que en la angustia. Finalmente encontraríamos que la percepción del fenómeno, siempre es nítida.

A modo de conclusión, destacar que si bien las diferencias teóricamente son evidenciables, en la práctica no es fácil mantener estas diferencias, principalmente propiciado por la propia amplitud del concepto ansiedad, ya que éste incluirá tanto respuestas psíquicas o cognitivas-conductuales, como físicas...englobando por lo tanto, aquellas que tradicionalmente se habían atribuido a la angustia. Máxime cuando en el antiguo DSM-IV el trastorno de ansiedad se denominaba trastorno de angustia, resaltando entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas. Tal situación no se contempla en el actual DSM-V

3.1.7.1.2.1.1.2. Ansiedad versus miedo

Al igual que vimos que la definición del término ansiedad lleva consigo el término angustia, ocurre lo mismo con el vocablo miedo.

El miedo es una emoción primaria, generalmente de carácter intenso, que se advierte ante la presencia de un peligro percibido como real, y que desencadena reacciones de huida o de ocultamiento en el sujeto. Por el contrario, la ansiedad se

desencadenará ante una situación presentada como peligrosa para el sujeto, ante la cual se desencadena una respuesta complementaria a la provocada por el miedo.

Tal y como refiere Fernández-Abascal (2003), miedo y ansiedad: “configuran una familia emocional, ya que comparten recursos y funciones, al tiempo que actúan de forma complementaria” (p.278).

Marks (1986) intenta clarificar aún más la diferencia conceptual entre ambos términos, así refiere que habitualmente, la ansiedad se define como una emoción cercana al miedo, o como subtipo de éste. Según Marks (1986) el miedo se encuentra claramente ligado al estímulo que lo genera, es decir, es un peligro real, presente e inminente, mientras que el germen de la ansiedad, será más vago y menos comprensible que el miedo. Así pues, el miedo se podrá definir como una ansiedad ante un estímulo definido, mientras que la ansiedad se definirá como el miedo sin objeto (Miguel-Tobal y Casado, 1999)

Más allá de la propia definición, otro elemento diferenciador entre ambos es la proporcionalidad de la respuesta;

El miedo sería más bien una reacción proporcionada de peligro real y objetivo, mientras que en la ansiedad reflejaría una reacción desproporcionadamente intensa. Según este criterio, la clave diferenciadora podría ser la concordancia en intensidad entre la reacción emocional y la amenaza real que para el organismo supone el objeto o la situación. Así, si el estímulo no representa un peligro real proporcional a la reacción, podríamos hablar de ansiedad (desproporcionadamente intensa), mientras que, si el peligro es real y proporcional a la reacción, podríamos hablar de miedo. (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p.92)

El principal problema de esta diferenciación es que en la actualidad no puede ser mantenida. Comúnmente se acepta interpretar estas emociones, el miedo y la ansiedad,

como respuesta a un peligro percibido, y en consecuencia subjetivo, lo que nos llevará a otra conclusión:

No existiría una reacción común a todos los sujetos, ni podríamos decir si el estímulo es objetivamente amenazante o no. Nos parece que diferenciar constructos psicológicos en función de características como el tamaño del perro no es especialmente acertado. (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p.92-93)

En resumen:

Aunque miedo y ansiedad pueden ser considerados como sinónimos en la mayor parte de los casos, aunque siga existiendo una preferencia por el empleo de un término u otro en función de la peligrosidad real del estímulo; distinción, que sólo puede mantenerse en los extremos de un continuo, pero que no daría explicación de la reacción a una gran parte de estímulos... porque no es la peligrosidad objetiva, sino la percepción subjetiva la desencadenante de la reacción, coincidiendo en este punto la práctica totalidad de las orientaciones actuales. (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p.93)

3.1.7.1.2.2. Definición actual de ansiedad

El hito de lograr una definición aceptada unánimemente para el término ansiedad no ha sido tarea fácil. Si nos basamos en su significado etimológico, como ya vimos, llegamos a la angustia. Si examinamos sus componentes, nos enfrentamos a una serie de desencadenantes propios. Por otro lado si estudiamos el tipo de procesamiento cognitivo evidenciamos que no le es propio ni exclusivo. A su vez si analizamos su forma de afrontamiento constatamos que no es privativa. Si hablamos del tipo de activación fisiológica, observamos marcadas coincidencias con las respuestas de estrés. Y por último, si consideramos definirla como una emoción básica, hemos de hacer referencia a

la dotación emocional de cada individuo, y esto, como es lógico nos distancia de una definición capaz de englobar al conjunto de sujetos que experimenta esta emoción.

Es por ello que un considerable número de autores precise que la ansiedad es: “un sistema supraordinal de detección y procesamiento de información para la organización de recursos ajenos con un objetivo único que es preservar a la persona de posibles daños” (Fernández-Abascal, 2003. p.280).

Al examinar el concepto nos topamos con aspectos comunes a otros componentes de la conducta. Así, advertimos que en la detección de la información habrá que recurrir a los recursos de distintos procesos, con el fin de amoldar la respuesta a las peculiaridades de la situación. Así pues, por ejemplo, en el procesamiento de la información se originarán componentes emocionales propios del miedo; en el caso de la regulación de recursos se concibe necesario el afrontamiento, característica propia del estrés; y finalmente proteger a la persona frente a posibles daños, hace indispensable poner en marcha diferentes procesos psicológicos de evaluación, indispensables ellos para la consecución de sus intereses.

La aceptación como válida de dicha definición, surge a raíz de que la definición clásica de ansiedad “estado de agitación, inquietud y zozobra” (Fernández-Abascal, 2003, p.281) daba por supuesto la no presencia de un estímulo real que desencadene ese estado, lo cual no se cumple en la totalidad de las situaciones. El ejemplo más claro al respecto nos lo brinda la ansiedad social. Ésta se produce frente a un estímulo definido. Tal reacción se produce ante un estímulo concreto pero, éste, no supondrá amenaza alguna para la supervivencia del individuo. Por consiguiente, de nuevo podemos constatar que la reacción de ansiedad es desproporcionadamente intensa frente al estímulo que la

desencadena, y tal desproporción es precisamente, como pudimos evidenciar, la principal disimilitud respecto al miedo.

Considerando así los aspectos anteriormente vistos, parece adecuado entender la ansiedad como: “un estado de procedimientos de informaciones amenazantes que permite movilizar anticipadamente acciones preventivas” (Fernández-Abascal, 2003, p.281). Debido a lo cual, cabe decir que la característica de este procedimiento es doble: por un lado, despunta su capacidad para escoger la información significativa y por otro lado destaca su capacidad de pro acción.

3.1.7.1.2.3. Conceptualización del constructo ansiedad

Tal y como hemos considerado anteriormente, la ansiedad se ha estudiado desde diferentes enfoques, gracias a los cuales se ha intentado dar una explicación al concepto. Así, se han ido desarrollado diferentes teorías a merced de los distintos enfoques empíricos.

En la actualidad el estudio de la ansiedad se aborda desde la perspectiva de un constructo hipotético, que conlleva un valor heurístico y permite investigaciones, a partir de la definición operativa de las variables, que de otro modo serían virtualmente imposibles. (Navlet, 2011, p.35)

El operacionismo ha intentado dar solución al estancamiento de los psicólogos ante el problema de formular una definición de ansiedad comúnmente aceptada. Así, como es lógico, desde la perspectiva del operacionismo se ahonda en la búsqueda de respuesta de los interrogantes tales como, de qué manera puedo medir la ansiedad, qué factores están implicados en su evaluación, qué características tiene una respuesta de ansiedad.

Así mismo, el abordar el término ansiedad como un constructo brinda, una base de comunicación incontestable para los interesados en su estudio. Es decir, la aplicación de test, escalas, etc., nos asegura que medimos aquello que realmente queremos medir.

Por ende, el estudio teórico y empírico de la ansiedad, a partir de su conceptualización como constructo, aportará la concreción y especificidad de las diferentes variables implicadas en este tipo de respuesta. Por lo tanto, la ansiedad debe ser estudiada desde los siguientes puntos de vista:

ANSIEDAD COMO PROCESO EMOCIONAL

Navlet (2011) refiere que: “Podemos afirmar que la respuesta de ansiedad como proceso emocional es experimentada por todos los individuos y que tiene una función adaptativa al anticiparse a situaciones que suponen un riesgo para la persona” (p.36).

Así, la anticipación, supone evaluar las condiciones del estímulo o situación, para seleccionar aquellos/as más favorables y descartar así aquellas que puedan restar recursos a la persona durante el proceso evaluativo.

Por último, es importante remarcar que el proceso emocional no es privativo a todos los sujetos, sino que éste dependerá de los rasgos de personalidad propios de cada sujeto, y que se han ido conformando en interacción con el medio, siempre bajo los efectos del aprendizaje, y de los refuerzos de la propia experiencia. Dicho de otro modo, “el proceso emocional depende de las diferencias interpersonales y éstas del propio desarrollo personal” (Navlet, 2011, p.36).

ANSIEDAD COMO ACTITUD EMOCIONAL COGNITIVA

De la mano de Spielberger (1989) la ansiedad se ha abordado históricamente como rasgo y como estado. Es decir, la diferencia entre ambos vendrá determinada por su

permanencia o transitoriedad en el tiempo. Así pues: “La ansiedad-rasgo representa diferencias interindividuales estables en el tiempo. Mientras que la ansiedad-estado, hace referencia a una condición del organismo que varía y fluctúa en el tiempo” (Navlet, 2011, p.37).

Es importante conocer que los rasgos de personalidad son fruto de un proceso evolutivo en el que interactúan factores genéticos, heredados y ambientales. Así, en éste proceso evolutivo la respuesta emocional de ansiedad interacciona con otros rasgos de personalidad, favoreciendo la disposición de personalidades más o menos sensibles o vulnerables a ciertos estímulos o situaciones estresantes.

En conclusión, “los rasgos de personalidad forman parte del constructo ansiedad” (Navlet, 2011, p.37).

ANSIEDAD COMO TRASTORNO

Concebida la ansiedad como “el proceso emocional que suscita respuestas eficaces de afrontamiento ante situaciones de peligro o de amenaza para el sujeto, tras la evaluación del estímulo o situación” (Navlet, 2011, p.37), podemos encontrarnos ante situaciones en las que esa respuesta no sea ni eficaz ni adecuada debido a que se han desencadenado frente a situaciones que no ofrecían amenaza alguna para la persona.

En tal caso estaríamos frente a un trastorno, el cual nos exige clarificar una serie de conceptos. Por una parte, tenemos que tener claro que la ansiedad no deja de ser una respuesta normal. Ahora bien, hablar de trastorno evoca a ansiedad patológica, y ésta por extensión a un tipo de patología mental, la cual “vicia la comprensión de la ansiedad normal” (Navlet, 2011, p.38).

Por todo ello, la diferenciación semántica entre trastorno y normalidad es clara. Si bien, desde el punto de vista psicológico, la diferenciación conceptual nos la brindará el tratamiento funcional de la ansiedad normal, respuesta adecuada, y de la ansiedad patológica, respuesta inútil para el afrontamiento de situaciones que evocan reacciones de temor, síntomas orgánicos e incluso inhibiciones que nos alejan de la superación del objeto desencadenante.

3.1.7.1.2.4. Características de la ansiedad

En base a la teoría del triple sistema de respuesta, propuesta por Miguel-Tobal (1996), el estado de ansiedad se caracteriza por la presencia de:

a) Manifestaciones o síntomas cognitivos: Este grupo de síntomas agrupará pensamientos, ideas, imágenes, todos de tipo subjetivo, que influirán sobre las funciones superiores, originando así sentimientos de preocupación, miedo, temor, inseguridad, aprensión; así como pensamientos negativos de inferioridad, dificultad de concentración, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el entorno, dificultad para pensar con claridad y para adelantarse a situaciones de peligro o amenaza.

b) Manifestaciones o síntomas fisiológicos: La estimulación de diferentes sistemas orgánicos desencadenará diversos síntomas; a nivel cardiovascular destacara la sintomatología propia de la actividad del sistema nervioso simpático, como son palpitaciones, aceleración del pulso, incremento de la tensión arterial; a nivel respiratorio destacaran sensaciones de sofoco, ahogo, taquipnea, opresión torácica; a nivel genitourinario destacan las micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia; en cuanto a la sintomatología neuromuscular nos encontraremos ante tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional; y por último manifestaciones neurovegetativas, tales como sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia.

c) Manifestaciones o síntomas motores: La presencia de dicha sintomatología surge como consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica. Son característicos la presencia de síntomas tales como de hiperactividad, movimientos repetitivos, tartamudeo, dificultad en la expresión verbal, paralización motora, movimientos torpes y desorganizados y conductas de evitación entre otros.

Por otro lado consideramos útil hacer una leve reseña a algunas de las diferentes formas en que se puede manifestar la ansiedad, sabiendo que la ansiedad pura no existe como tal, y ésta vendrá contaminada con otros síntomas psicopatológicos y somáticos, así pues, cuando una persona sufra un cuadro de ansiedad podrá manifestarlo a razón de las formas que se exponen a continuación:

a) Ansiedad patológica: Pese a que dicho tipo de ansiedad fue abordada cuando se ahondo en la ansiedad como constructo, parece necesario remarcar que hablamos de ansiedad patológica cuando ésta se desencadena por algún acontecimiento menor, sin causa aparente o bien cuando dicha ansiedad es extraordinariamente intensa y persiste durante mucho tiempo, puede resultar perjudicial y revestir en patología. La cronicidad de esta ansiedad es evidencia de que la misma no cumple con su función como señal, sino que se ha convertido en un peligro por sí misma. Es importante la vigilancia de ésta, ya que “cuando no existe una situación estresante apropiada y la ansiedad persiste por cierto tiempo, adquiere matices nuevos debido a la aparición de síntomas depresivos o somáticos” (Ladrer (citado por Valdés, 1994, p.118)

b) Ansiedad generalizada: En este caso hablamos de cuadros clínicos con la presencia de ansiedad generalizada, más o menos constantes, y de evolución prolongada. Siguiendo el DSM-V, el síntoma clave de éste tipo de ansiedad es la persistencia en el tiempo de la misma. Así tendremos pacientes que se definen ellos mismos como nerviosos, tensos o inquietos, con dificultades para la conciliación del sueño, con excesiva

preocupación por los acontecimientos futuros, así como hipervigilancia y sintomatología somática variada, principalmente aquella que desencadena la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

c) Ansiedad indicadora o de señal: Nos referimos a aquella ansiedad que se caracteriza por su función señaladora. Ésta nos advierte de la proximidad de un peligro, cuya respuesta vendrá mediada por los impulsos e instintos primitivos.

“Si el desarrollo de la acción requerida para la satisfacción de los instintos es inaceptable para el ego, surge la ansiedad que conduce al establecimiento de los llamados mecanismos de defensa” (Valdés, 1995, p.119)

Pavlov (1928) y Gantt (1944) sopesaron que la ansiedad, entendida como señal, es aprendida a través de la asociación entre las experiencias externas y/o internas de peligro y señales o estímulos ambientales.

d) Ansiedad estado y ansiedad rasgo: Desde los primeros trabajos llevados a cabo por Cattell & Scheier (1961), podemos atisbar la existencia de evidencias empíricas que apuntan la existencia de factores de estado en contraposición a los factores de rasgo, es decir, la ansiedad estado puede discriminarse del rasgo de ansiedad. Las posteriores formulaciones y modelos de Spielberger (1972) en referencia a ambos constructos, rasgo y estado, han conferido vigencia a esta distinción.

Allport en 1966 habla de que los rasgos con predisposiciones, relativamente estables en los individuos, duraderas, y que éstas ejercen efectos bastante generalizados sobre la conducta.

Así pues, cuando hablamos de rasgo, haremos referencia a la predisposición generalizada de conducta, la cual se pondrá en marcha cuando las características de la situación la activen adecuadamente (Bermúdez, 1985).

En contraste con lo señalado: “los estados de personalidad son considerados como transitorios y fluctúan según el tiempo y las situaciones” (Valdés, 1994, p.120).

En esta línea, la ansiedad estado para Spielberger (1966) se refiere al estado emocional transitorio que fluctúa en intensidad y a través del tiempo, caracterizado principalmente por la percepción de aspectos subjetivos y por la activación del sistema nervioso autónomo.

3.1.7.1.2.5. Ansiedad ante la muerte

La ansiedad ante la muerte, entendida como constructo teórico, presenta numerosos problemas, y es que, a pesar de las investigaciones realizadas hasta el momento, no se ha logrado alcanzar una definición precisa de su naturaleza, alegando que es un área relativamente reciente y en consecuencia parcialmente explorada. Cabe remarcar la importancia de los apartados anteriores con el fin de clarificar algunos de los aspectos teóricos referentes a la ansiedad.

La primera noción que debe remarcarse es que la ansiedad ante la muerte no guarda similitud con las otras ansiedades, si bien al mismo tiempo forma parte de estas otras formas de ansiedad y de las reacciones ante la pérdida y el cambio. Lonetto & Templer (1988) sostienen que es una ansiedad que abarca muchas otras, si bien permanece distinta por sí misma.

Llegados aquí, cabría decir que a merced de una extensa revisión, podemos atestiguar que la definición más aceptada, y en consecuencia más citada de ansiedad ante la muerte es la que aporta Templer en 1970, refiriendo que la ansiedad ante la muerte se describe como un estado emocional y desagradable producido por la contemplación de la muerte propia.

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Así pues, hablar de ansiedad ante la muerte es hacer mención a una amenaza general, de carácter difuso, que puede acarrear un daño a la supervivencia personal. Es por ello, que en esta situación, la ansiedad tendría la función de alertar ante un peligro difuso, es decir, resalta de manera inequívoca la función adaptativa de esta.

Debido a esto último, y en base a los diferentes tipos de ansiedad, podríamos decir que existe, por un lado, ansiedad normal ante la muerte, y por otro lado, ansiedad patológica ante la muerte.

La primera de ellas, la ansiedad normal ante la muerte, proviene de los sentimientos y emociones vehementes que origina en los individuos los pensamientos acerca de “la inevitabilidad de la muerte, de su universalidad, de lo que acontecerá después de ella, del cómo, cuándo y dónde morirá una persona” Kastenbaum (citado por Valdés, 1994, p.121). Ahora bien, como ya conocemos, la acción de los mecanismos de defensa tiende a evitar o controlar los estímulos aversivos, acotando la amenaza, facilitando así la adaptación del individuo.

Por el contrario, cuando dichos mecanismos de defensa fracasa, acaece la llamada ansiedad ante la muerte patológica (Feifel, 1977).

Otro aspecto conocido de la ansiedad ante la muerte es la intensidad de ésta. Dicha intensidad fluctuara en función de un variado número de aspectos, entre los que destacan el tipo de personalidad, el estilo de vida, el grado de emocionalidad, la ansiedad rasgo y estado, las experiencias personales ante la muerte, la concepción personal de la muerte, etc. Es por ello que resulta importante estudiar los diferentes componentes que abarcar la ansiedad ante la muerte, en lugar de estudiar ésta como un todo, como un concepto unitario. Es decir, debemos de entender la ansiedad ante la muerte desde una perspectiva multidimensional.

Ya en 1978 Nelson, empezó a estudiar la ansiedad ante la muerte desde una perspectiva multidimensional, mediante el análisis factorial, gracias al cual este se permitía el descubrimiento de diferentes dimensiones conceptuales, las cuales no habían sido investigadas hasta el momento. El primer estudio llevado a cabo en estudiantes partió de 55 ítems, eliminando a posteriori mediante el análisis factorial aquellos ítems con un peso mayor o igual a 0.25, así Nelson se quedó con un cuestionario reducido a 24 ítems. Éste último le volvió a pasar, en este caso a 1279 varones, en cual propició la eliminación de 4 ítems más.

Finalmente, Nelson (1978), determinó así la existencia de cuatro factores:

- 1) La evitación de la muerte: entendiendo esta como la “repugnancia de estar cerca o tocar la muerte” (Valdés, 1994, p.121).
- 2) El miedo a la muerte: entendida como la aprensión personal y general ante la muerte.
- 3) Negación de la muerte: hablamos de ésta cuando queremos referirnos a la incapacidad para asimilar la realidad y las consecuencias que acarrea consigo la muerte.
- 4) Aversión y repugnancia a interactuar con el moribundo.

Con tales resultados, Nelson (1978) refiere que el evidenciar la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte, ayudará a la clarificación operativa de dicho constructo.

Junto a Nelson, destacan otra serie de aportaciones llevadas a cabo por otros investigadores a razón del análisis factorial de la ansiedad ante la muerte.

Uno de ellos, Pandey (1975) puso en marcha un estudio cuyo fin era verificar la estructura factorial de la ansiedad ante la muerte. Los resultados de ésta investigación revelan en este caso la existencia de 4 factores, extraídos gracias a la realización de un

cuestionario de 40 ítems por 233 estudiantes universitarios. En este caso los factores fueron:

- 1) Curiosidad-evitación.
- 2) Depresión-miedo.
- 3) Mortalidad.
- 4) Sarcasmo-Fascinación.

En base a ello, y a otros estudios llevados a cabo con el mismo fin, cabría afirmar la existencia de varios factores que describen la ansiedad ante la muerte, los cuales son coincidentes en cuanto a la manera de llamarlos.

1) El principal factor aborda la preocupación por las reacciones cognoscitivas y emocionales del morir y de la muerte. Así pues, éste componente hace referencia a la preocupación por la muerte, ponerse nervioso cuando la gente habla de la muerte, la frecuencia de los pensamientos sobre ésta, así como sentirse turbado por pensamientos referentes a otra vida.

2) Un segundo factor es aquel que hace referencia al nerviosismo por los cambios físicos reales e imaginarios que el morir y la muerte conllevan.

3) Un tercer componente sería aquel que hace referencia a la sensación que evoca en el sujeto el hecho de tener noción del imparable paso del tiempo. Es decir, aquellas preocupaciones que surgen en el individuo en base a pensar que el tiempo pasa rápido, es decir, que la vida es muy corta.

4) El último componente al que se ha llegado como consenso es aquel que hace referencia al estrés o dolor (bien reales, o bien imaginarios) que se asocian con la incapacidad, con la enfermedad. Es decir, es el miedo que surge en los individuos cuando

visionan una muerte dolorosa, una sensación de padecer cáncer, o incluso sufrir un ataque cardiaco.

Así pues, tal y como refieren Lonetto & Templer (1988): “Estos componentes no sólo demuestran claramente la naturaleza multidimensional de la ansiedad ante la muerte sino también su universalidad” (p.53).

De esta forma, los cuatro componentes estructurales de la ansiedad ante la muerte, además de representar las dimensiones básicas de ésta, pueden servir de guía para encontrar sus íntimos lazos con la historia personal y cultural, pudiéndose establecer como base de toda ansiedad. Se puede usar de esta manera porque la ansiedad ante la muerte protege, bajo su amplio techo, a tres de las más poderosas circunstancias humanas asociadas a nuestros miedos y ansiedades: la separación, el cambio y la pérdida.

Así, la ansiedad ante la muerte podría entenderse como una ansiedad humana fundamental, mientras que cada uno de sus componentes anteriormente expuestos, se han unido con el fin de crear una ansiedad distintiva (Lonetto & Templer, 1988); ya lo referimos anteriormente, la ansiedad ante la muerte es una ansiedad que engloba muchas otras, aunque permaneciendo distinta por sí misma.

Finalmente, de una forma u otra, la ansiedad ante la muerte, nos acompañará una vez que alcancemos la edad adulta, y así en años posteriores, “llevando consigo actitudes sobre la mortalidad que quizás no son muy diferentes de las que teníamos en la pre adolescencia” (Valdés, 1994, p.123).

Dicha ansiedad vendrá determinada en mayor o menor grado, conforme a dos determinantes generales: la salud psicológica general que tenga el individuo, y las experiencias vitales sobre el tema de la muerte que ha experimentado el individuo (Templer, 1976).

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

En referencia al primero de estos determinantes, la salud psicológica general, son múltiples los estudios que han ahondado en la relación de esta con la ansiedad ante la muerte, Broadman & Cols. (1954); Christ (1961); Wolf (1966); Templer (1970); Gilliland (1982). Todos ellos han establecido una relación positiva entre la ansiedad ante la muerte y la patología; concretamente asociada a ciertos grados de ansiedad, de neurosis y de depresión. En base a los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por los citados autores se observa que los pacientes psiquiátricos obtienen mayores niveles de ansiedad ante la muerte que aquellos sujetos sin patología psiquiátrica alguna. Dicha aseveración cobra más peso aún, cuando se ha observado que los pacientes tratados con antidepresivos experimentan una disminución de los niveles de ansiedad ante la muerte, disminución que se relaciona significativamente con la disminución de la depresión de base que padecen.

Cabe destacar también las aportaciones llevadas a cabo por autores como Becker (1973) y Meyer (1975). El primero de ellos estudió el papel de la ansiedad ante la muerte en la génesis de la psicosis, mientras que el segundo lo hace sobre la neurosis. Así se puede afirmar que:

La muerte fantaseada en la ansiedad de un psicótico, es una anticipación irreal que no prejuzga la reacción ante la muerte como hecho real. Mientras que la ansiedad del neurótico es siempre una ansiedad de muerte inmediata, y cuyas causas habría que buscarlas en un fallo en las defensas que controlan y reprimen la ansiedad ante la muerte. (Valdés, 1994, p.124)

Por otro lado, respecto a la influencia de las experiencias vitales en los niveles de ansiedad ante la muerte, nos encontramos con que Templer & Cols. (1971), encontraron una relación sustanciosa entre la ansiedad ante la muerte en los adolescentes y la de sus padres. Templer manifiesta que las relaciones son mayores cuando padre e hijo son del mismo sexo, circunstancia que reafirma la determinación ambiental.

Además de los dos determinantes expuestos anteriormente son múltiples los estudios que se han centrado en las diferencias intergrupo respecto a la ansiedad ante la muerte y a las correlaciones de la ansiedad ante la muerte con otras variables. Pese a que, aisladamente, estos resultados no permitirán establecer deducciones claras, si podrán garantizar la obtención de generalizaciones llenas de sentido, internamente compatibles e interconectadas.

A continuación se expondrán de manera breve aquellas correlaciones de la ansiedad ante la muerte más estudiadas:

1) **Edad y sexo**: Uno de los primeros estudios importantes sobre ansiedad ante la muerte, llevados a cabo hasta el momento (Templer & Cols., 1971) valoró el grado de ansiedad ante la muerte en función de la edad y el sexo en diversas poblaciones. Los resultados de este estudio evidenciaron que no existe correlación significativa entre los niveles de ansiedad ante la muerte y ninguno de los grupos estudiados. Además las gráficas de dispersión no revelaron ninguna relación no lineal. Quizás dichos resultados sean contradictorios con la visión del sentido común, que a medida que una persona se aproxima al final de su vida mayor miedo tiene a la muerte. Si bien, estos resultados concuerdan con numerosos informes clínicos que indican que los llamados mecanismos de negación y represión para superar la ansiedad ante la muerte los usan amplia gama de edades (Klübler-Ross, 1969).

Pese a ello se han hallado ligeras relaciones significativas inversas (Cole (1978-1979); Salter & Salter (1976); Whittenberg (1980)). Por su parte, para Shusterman & Sechrest (1973) es más probable obtener una relación inversa si el investigador utiliza personas ancianas.

Por último destacar que, hasta el momento, sólo aparece en la literatura una única correlación positiva y significativa entre edad y ansiedad ante la muerte. Templer & Cols.

(1979) hallaron una correlación de 0,25 entre los niveles de ansiedad ante la muerte y la edad en una población penitenciaria con una edad media de 29,57. Los autores concluyen que los resultados de dicha investigación se basan en que:

Se trata de un grupo al que la sociedad etiqueta como marginado, que no espera respeto ni amor de sus semejantes ni premios de dios en la otra vida. La edad puede actuar acentuando estas expectativas en la prisión. Así la investigación futura debería encaminar a determinar si se dan correlaciones positivas con otros grupos condenados y estigmatizados por la sociedad. (Lonetto & Templer, 1988, p.11)

Respecto al sexo, las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad ante la muerte que los hombres. Estas diferencias son estadísticamente significativas. No son claras las razones por las que las mujeres presentan mayores puntuaciones. Sin embargo, debemos tener presente que las mujeres tienden a puntuar más alto en los auto inventarios de ansiedad, malestar e inadaptación. Así mismo, los especialistas abonan la opinión de que las mujeres tienen mayor ansiedad de separación que los hombres, siguiendo la ansiedad ante la muerte a la ansiedad de separación. De hecho una de las correlaciones negativas más elevadas las halló Tate (1980) en mujeres ancianas. Parece ser pues, en virtud de estos estudios, que cuantos más años se pasan de la mitad de la vida, más tiempo hay para reconciliarse con los hechos de la muerte.

Junto a Templer & Cols. (1971), Gilliland (1982), también encontró mayores niveles de ansiedad ante la muerte en mujeres de la población global. Si bien este autor sostiene que existen estudios en que se muestran las mismas medias en ambos sexos, uno de ellos, en pacientes psiquiátricos que habían intentado suicidarse. Conviene ser cauto al proponer que los dos sexos tienen igual ansiedad ante la muerte en poblaciones psiquiátricas. Otro estudio con similares resultados mostró el mismo grado de ansiedad ante la muerte en hombres y mujeres homosexuales. Probablemente, y generalizando

ampliamente, ambos sexos presentan puntuaciones similares en poblaciones atípicas (Lonetto & Templer, 1988).

2) **Religión:** en su libro “La ansiedad ante la muerte”, Lonetto & Templer (1988) sostienen que: “la religión constituye la principal área para explorar, si realmente buscamos las correlaciones de la ansiedad ante la muerte” (p.13). Así casi todas las religiones del mundo tienen algo que decir sobre éste tema.

Templer & Dotson (1970) suministraron la escala de ansiedad ante la muerte y un inventario religioso a 213 estudiantes de la Western Kentucky University. Ninguna de las pruebas llevadas a cabo llegó a ser significativa. Los autores exponen:

El hecho de que no haya relación alguna significativa entre las puntuaciones de la escala de ansiedad ante la muerte y las variables religiosas está en contradicción con la opinión de muchos profesionales de la salud mental y de la religión. De nuevo el sentido común se inclina a pensar que las creencias religiosas serían los determinantes más poderosos de los sentimientos y convicciones acerca de la muerte. No era de esperar que las personas mostraran el mismo nivel medio de ansiedad ante la muerte siendo diferentes en su creencia en la otra vida, el fundamentalismo, el compromiso religioso y en participación en actos religiosos.

Habría dos explicaciones para esta falta de relación entre ansiedad ante la muerte y las variables religiosas. Una sería una interpretación equilibrada; por ejemplo, el no creyente, que no tiene un infierno que tener y tampoco un cielo que ganar, tendría un nivel de ansiedad ante la muerte igual que el creyente.

Una explicación más restringida sería que la religión no es un determinante importante del nivel de ansiedad ante la muerte, por lo menos en la mayoría de grupos. Los valores filosóficos y religiosos no son las piedras angulares del estilo de vida de la mayoría de la gente de nuestra sociedad. Por el contrario es una faceta de la vida que tiende a segregarse de los demás aspectos de la existencia. Las creencias religiosas no impactan

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

profundamente la vida sexual, la vida social, el trabajo o el tiempo libre de la persona media y, probablemente, no afectan tampoco en profundidad a sus sentimientos sobre la muerte. (Lonetto & Templer, 1988, p.13)

Otros estudios han tratado de investigar si los resultados serían diferentes utilizando grupos de personas muy religiosas. En la investigación llevada a cabo por Templer (1972), los elegidos habían participado en alguno de dos retiros espirituales ecuménicos, predominantemente evangelistas, que se celebraron en el Medio Oeste y en el Sur en 1969. A cada uno de ellos se le envió la escala de ansiedad ante la muerte y el cuestionario religioso usado en la investigación anterior. Se observó que las personas más religiosas, en sentido tradicional, mostraron niveles menores de puntuaciones en la escala de ansiedad ante la muerte.

Son varios los estudios que han confirmado la relación negativa entre ansiedad ante la muerte y creencias y/o prácticas religiosas, así Aday (1984-1985) encontró que las personas que iban más a la iglesia tenían menor ansiedad ante la muerte.

Así pues, La relación entre la ansiedad ante la muerte y las creencias religiosas es muy compleja como para proporcionarnos un patrón simple de resultados, si bien, a merced de los resultados expuestos podríamos concluir que las personas muy religiosas tienden a sufrir en menor medida la ansiedad ante la muerte.

3) **Personalidad:** Es importante remarcar que al hablar de personalidad haremos referencia a los términos auto concepto, adecuación y malestar.

Las personas angustiadas por la muerte tienen una auto-imagen negativa. Tal y como han publicado Aronow & Cols. (1980-1981) la ansiedad ante la muerte está asociada positivamente con la discrepancia entre la percepción del yo y la del yo ideal. Por su parte Alcorn (1976) destacó la relación negativa entre ansiedad ante la muerte y auto-estima. Así, las personas más ansiosas por la muerte tienen menor seguridad en sí

mismas. Mientras que las puntuaciones de la escala de auto concepto de Tennessee se han mostrado inversamente relacionadas con las puntuaciones de la escala de ansiedad ante la muerte (Casciani, 1976).

Así pues, en base de los estudios expuestos y los no expuestos, se puede referir que de forma genérica las personas que presentan mayor puntuación en la escala de ansiedad ante la muerte, mostraran tener un auto concepto negativo, escasa necesidad de logro, poca autorrealización, menor interés por la vida, preocupaciones corporales, menor fuerza psicológica, menor aptitud social y menor seguridad en sí mismas, entre otras.

4) **Salud física:** Por lo general parece existir poca relación entre las puntuaciones en la escala de ansiedad ante la muerte y la integridad somática. Ya hemos visto que la mayoría de los estudios revelan que entre la ansiedad ante la muerte y la edad hay poca relación o bien pequeñas relaciones negativas.

Los pacientes terminales de cáncer han mostrado niveles de ansiedad menores que las personas de la población general (Gibbs & Achterberg-Lawles, 1978); los pacientes en diálisis renal, tienen un grado medio de ansiedad ante la muerte, y un poco por debajo de la media de ansiedad ante la muerte se da en pacientes con corea de Huntington.

Así, Lonetto & Templer (1988) resumen que:

El grado de relación entre ansiedad ante la muerte y el estado de salud física apunta hacia el intenso uso de la negación. Esta negación lo mismo es adaptativa como desadaptativa. Adaptativa en tanto que una preocupación continua por la muerte no es productiva y lleva a la muerte psíquica; es desadaptativa en tanto origina que se eviten las decisiones y las acciones pertinentes para la propia vida y su finalidad. (p.29)

Ahora bien, trabajos como el de Cappon (1959) exponen la existencia de ansiedad entre aquellas personas que arrastran una enfermedad mortal de larga duración. Así, es

frecuente que a medida que la enfermedad avanza, se intensifiquen las preocupaciones, ocasionando que la persona que se encuentra ya al borde de la muerte sufra ansiedad.

Noyes & Kletti (citado por Valdés (1994)):

La amenaza de muerte puede conducir a una ansiedad grave y ésta va acompañada a menudo, en lo que se refiere al aspecto cognoscitivo, por el miedo a la muerte inminente. Ambas cosas están íntimamente relacionadas y, en este sentido, una y otra pueden participar en el desarrollo de la despersonalización como respuesta a la ansiedad ante la muerte. (p.125)

Por su parte, debido a la importancia del tema, Weisman (1982) categoriza tres formas frecuentes de ansiedad que acaecen durante el periodo terminal. Weisman los apoda como síndromes, y serán los siguientes:

I. **La alienación**: esta se caracteriza por “una sensación de soledad, aislamiento, abandono y falta de realidad del mundo circundante” (Valdés, 1994, p.125). Los pacientes abatidos con este tipo de síndrome, se angustian refiriendo que no tienen a quien quejarse, aseverando que su entorno más cercano con familiares y allegados se encuentran a una gran distancia, en un lugar lejano, pese a que en muchas ocasiones se encuentran en la propia habitación. En resumen, afirman que todo está perdido y que nada puede recobrase.

II. **La aniquilación**: Entendemos por ésta a la ansiedad que se dará en el paciente ante la sensación de convertirse en nada, en algún nulo y vacío, “es un cero completo” (Valdés, 1994, p.125). Así, el sujeto sostiene que el mundo continúa, pero la persona que está muriéndose desaparecerá. La persona padece una sensación de sentirse “vaporoso” cercano a esfumarse sin dejar rastro. Es característico de las personas que lo padecen hablar de ellos en tercera persona, es decir, como si fueran objetos impersonales. Así pues, serán personas que por lo general: “pierden su autoestima, articulan muy

pobremente y transmiten la impresión de ser socialmente invisibles a causa del poco esfuerzo que realizan por transmitir su individualidad” (Valdés, 1994, p.125).

III. **La sensación de estar en peligro**: “Es la combinación de un sentimiento de peligro inminente con resentimiento y cólera por ser tan frágil, mortal y destructible” (Valdés, 1994, p.125). Es característico de estas situaciones, encontrarnos con pacientes que busquen a alguien al que culpar de la situación. Así, son características las situaciones en las que los pacientes se enfadan con el personal o con las ayudas que éstos les brindan.

Cerradas ya las tres formas generales de ansiedad que se presentan en los pacientes durante su periodo terminal, es importante ahondar en el porqué de dicha ansiedad. Así, para Berger & Hortala (1982) entre las causas de esta ansiedad encontraremos:

A) **Los síntomas**: como es de suponer, la propia sintomatología asociada al proceso terminal, son fuente de ansiedad en muchas ocasiones. Esta ansiedad la podemos calificar como “traumática”. Es importante conocer que la ansiedad de los moribundos difiere de la ansiedad neurótica que experimentan otros enfermos de origen no realista.

B) **El entorno**:

- a. Puede acaecer ansiedad a consecuencia del trato y/o actitud que sostienen los profesionales sanitarios con el enfermo. De igual manera puede acaecer en lo que respecta a la actitud de la familia.
- b. La ansiedad que experimenta un paciente por la necesidad de sobreprotección por parte de un médico, de hecho, “no encuentra más que un médico capaz de mejorarle” (Valdés, 1994, p.126).
- c. Está demostrado que al atardecer, además de aumentar la soledad del enfermo, aumenta la ansiedad, así como en la noche. “La equivalencia muerte-noche o muerte-sueño está presente en todos” (Valdés, 1994, p.126).

- d. Otra de las posibles causas referentes al entorno es el miedo del paciente a no ser escuchado o comprendido por el entorno.
- e. Otro de los factores desencadenantes estudiados es el hecho de que el paciente se sienta dependiente, y en consecuencia se considere como un estorbo para los demás.
- f. La última causa que se puede asociar al entorno, es aquel temor que experimenta el individuo al abandono; a morir solo, lo cual sería fruto del rechazo por los demás. Esto “puede conducir al paciente a tiranizar a la familia para tener una presencia permanente a su lado día y noche” (Valdés, 1994, p.126).

C) **El miedo a la muerte próxima**: hablamos aquí cuando el sujeto conoce su pronóstico vital, es decir, el enfermo conoce que la muerte está a punto de sobrevenir. La ansiedad aumentará con la intensidad de la pérdida física y con el grado de conocimiento que se tenga de la muerte.

- a. La muerte. La noción para el paciente de ese paro definitivo, ese “nunca jamás” (Valdés, 1994, p.126) desvela la ansiedad.

No tener ya más proyectos, experiencias, no tocar, no saborear, no disfrutar, etc., provoca un estado de rebeldía. La muerte es un escándalo. Hasta el punto que, como escribe Freud, nos es imposible imaginar nuestra propia muerte y siempre que lo intentamos nos damos cuenta de que asistimos a ella como espectadores. En el inconsciente cada uno está convencido de su inmortalidad. (Valdés, 1994, p.126)

- b. En la mayoría de ocasiones el proceso de morir suele ser para el enfermo más terrible que la muerte misma.

- c. La idea de contagio de la muerte. Aunque inconscientemente, la muerte se entiende como algo contagioso. Ésto se justifica cuando presenciamos situaciones como por ejemplo la depresión que experimentan los ancianos al presenciar la muerte de un compañero en una residencia. También el miedo a dormir en camas en las que alguien ha muerto, etc.
- d. Por último es característica la ausencia de ansiedad en aquellos pacientes que previamente han predicho su muerte Weismann & Hackett (1961) describieron como en muchos enfermos que insisten en su muerte, finalmente acababan falleciendo. Éstos tenían en común:
- Haber anticipado su muerte cuando ingresaron en el hospital.
 - Ausencia de angustia, depresión sobre su muerte futura.
 - Demostraron más atracción por la muerte que por la vida. Entendían ésta como una solución.
 - Todos estaban emocional y socialmente solos desde su admisión en el hospital.

D) **La pasividad**: Otra de las causas por las que puede aparecer ansiedad ante la muerte en el moribundo es la pasividad, es decir, al “enclaustramiento” al que se ve sometido el moribundo, y en consecuencia no puede descargar su ansiedad por la vía de la actividad motriz.

E) **Toda la agresividad latente**: Hablamos de esa agresividad que el moribundo no se atreve a mostrar, y en consecuencia la reprime. “Este proceso de control

permanente de una fuerza destructora que uno siente pronta a surgir de sí mismo es ciertamente una fuente de ansiedad” (Valdés, 1994, p.127).

Por último, enumeradas ya las tres formas generales de ansiedad que aparecen en el paciente terminal, así como las causas de ésta, ahondaremos en las consecuencias que lleva consigo la aparición de ésta ansiedad ante la muerte en los pacientes terminales. Así, entre las consecuencias, Berger & Hortala (1982) destacan:

A) En primer lugar permite establecer un diagnóstico cuando esta ansiedad es sorprendente.

B) Una consecuencia importante es el impacto de ésta en el entorno cercano del paciente. Así, la ansiedad se transmite al entorno.

C) Es importante conocer que la ansiedad ante la muerte es una de las principales causas de depresión y de regresión. Por ello es importante conocer que estos tres rasgos van ligados entre sí, y dependen unos de otros.

D) Y por último, como hemos visto anteriormente, en gran parte, a causa de la ansiedad, el moribundo emplea procesos de defensa, con lo que ello conlleva.

5) **Ocupación:** La ansiedad ante la muerte parece depender muy poco de la ocupación. Nichol (1980) estableció que los maestros de ceremonias y demás personal que trabajaba en funerarias no diferían en niveles de ansiedad de los sujetos control. Ochs (1979) halló que los voluntarios de protección civil y los voluntarios contra el cáncer, presentaban un promedio normal de ansiedad ante la muerte. Whittenberg (1980) halló que las enfermeras médicas, quirúrgicas, las médico-quirúrgicas y las de UCI, tampoco se diferencian entre sí, ni su ansiedad ante la muerte era consecuencia del número de pacientes terminales tratados en los meses anteriores, así como el número de defunciones presenciadas.

Se han encontrado algunas diferencias en función de la ocupación o áreas de estudio. Sin embargo, hay razones para creer que esta asociación se debería tanto a la ansiedad ante la muerte como a ciertos factores de personalidad que influyeron en la elección profesional. Por ejemplo, Thorson (1977), usando el inventario de preferencias personales de Edwards, demostró que la ansiedad ante la muerte está positivamente asociada con la prestación de ayuda, el dedicarse a la asistencia social y el ser mujer; y que estará negativamente asociada con el aguante, la agresión, el exhibicionismo, ser hombre y dedicarse a los negocios.

Sin embargo, no se debe descartar la posibilidad de que la profesión puede determinar el grado de ansiedad ante la muerte. Denton & Wisenbaker (1977) hallaron que las enfermeras con muchos años de experiencia sentían menor ansiedad ante la muerte que las estudiantes de enfermería. Whittenberg (1980) reforzó este resultado al mostrar que las enfermeras con cinco o más años de experiencia tenían menor ansiedad ante la muerte que las que llevaba menos de cinco años. En la misma línea Pascual (2010) sostiene que los profesionales con menor experiencia tienen niveles de ansiedad ante la muerte más elevados.

6) **Muerte de personas allegadas:** No está clara la relación entre ansiedad ante la muerte y la experiencia de pérdida de personas significativas. Cole (1978-1979) halló que aquellas personas que habían perdido un allegado durante el año anterior mostraban valores menores de ansiedad ante la muerte. Por su parte Gibbs & Achterberg-Lawles (1978) hallaron que la menor ansiedad ante la muerte de los pacientes terminales de cáncer estaba asociada con una experiencia previa de muerte de una persona con la que tenían relación íntima. Litman (1979) obtuvo datos que mostraban un aumento de la ansiedad ante la muerte a lo largo del año siguiente a la pérdida de un miembro de la familia; Smith (1977) No encontró relación entre ansiedad ante la muerte y la pérdida de

un ser querido durante el año anterior; Slezak (1980) halló que la ansiedad ante la muerte no estaba relacionada con enterarse de la muerte de otro, ni con la experiencia propia de muerte próxima. Los resultados de Ochs (1979) parecen contradecir los de Cole (1978-1979), ya que los sujetos de Ochs que dijeron haber sufrido la pérdida de un amigo o de un familiar durante los dos últimos años mostraron mayor ansiedad ante la muerte.

3.1.7.1.2.6. Evaluación de la ansiedad ante la muerte

“Además de las divergencias conceptuales y teóricas que plantea el estudio de la ansiedad general, nos encontramos con el problema de la operativización y medición de la ansiedad ante la muerte” (Valdés, 1994, p.130). Así, todos los intentos llevados a cabo con el fin de esquivar tal problema, han promovido la proliferación de un copioso número de escalas, con poder de medición muy heterogéneo. Éstas hasta el momento han constituido toda base de investigación.

Antes de profundizar en hablar acerca de estos procedimientos específicos, llevaremos a cabo una breve revisión de los métodos de medida de la ansiedad ante la muerte, los cuales tratan de delimitar objetivamente la presencia de alguno de los componentes básicos a los que aludíamos en la definición.

Al igual que hicimos cuando hablamos de los elementos de evaluación del miedo a la muerte, podemos diversificar la medición de la ansiedad ante la muerte en dos grandes secciones:

- Medidas directas.
- Medidas indirectas.

Dentro de las primeras haremos alusión a la entrevista, observación, autorregistro y a la autoobservación. Si bien cabe referir que estos dos últimos métodos, algunos autores los consideran como técnicas indirectas.

Incluiremos dentro de las consideradas medidas indirectas a los auto informes; generales, específicos y situacionales, y por otro lado las medidas fisiológicas como puede ser la tasa cardíaca.

A) **Medidas directas**

Mediante la entrevista podremos conversar con el sujeto acerca de aquellos sucesos o acontecimientos vitales que suscitan en él problemas de ansiedad.

Una vez determinados éstos mediante la entrevista, se deben explorar con detenimiento los antecedentes en el sujeto y las consecuencias que acarrea en el sujeto esta ansiedad. Prestando principal atención en: “cada uno de sus tres canales principales (a nivel motor, subjetivo y psicofisiológico), pudiendo deducir qué componente de la respuesta resulta más relevante en cada caso específico” (Valdés, 1994, p.131).

La utilidad de la entrevista radica en que: permite informar acerca de la existencia o no de respuestas anticipatorias de ansiedad, de las consecuencias de cada componente de la respuesta de ansiedad y de las características de las respuestas de ansiedad, es decir si es adaptativa o desadaptativa, si es normal o patológica, indicadora o de señal, etc. (Blanco, 1.987 (citado por Valdés, 1994, p.131))

Respecto a la observación cabe remarcar su escasa utilidad con el fin de evaluar la ansiedad ante la muerte. Ésta radica en que la observación es más útil en la evaluación de conductas manifiestas, situación que en la ansiedad ante la muerte no se da. Como vimos en la evaluación del miedo ante la muerte: “Dichas conductas pueden ser

observadas tanto en situaciones naturales, artificiales como simuladas dado que son las tres formas alternativas con que cuenta esta técnica” (Valdés, 1994, p.131).

Los autorregistros y la autoobservación, incluidas en las técnicas directas, hacen referencia a la recogida de información en relación a una conducta natural determinada llevada a cabo por el individuo inmediatamente después de que ésta, haya tenido lugar.

Pese a que teóricamente, en mayor o menor medida, todos demuestran su funcionalidad, el empleo de éstos es escaso, debido fundamentalmente a la complejidad que presenta esta ansiedad, junto con la identificación de los distintos componentes que participan de forma asociada en él.

B) Medidas Indirectas

Hasta el momento el método más habitual empleado para la medida de la ansiedad ante la muerte han sido las medidas indirectas, concretamente el uso de auto informes, distinguiendo las tres categorías principales de éstos; los generales, específicos y situacionales. Sabiendo que los más empleados son los cuestionarios específicos y las escalas situacionales.

Los primeros de ellos, los cuestionarios específicos, están centrados en torno a la evaluación de un área de problema o estímulos específicos.

Las segundas, las escalas situacionales:

Miden la ansiedad experimentada subjetivamente por el individuo en respuesta directa a la situación productora de ansiedad, preguntándole cómo se siente mientras se encuentra en la situación o inmediatamente después de haber sido expuesto a ella. (Valdés, 1994, p.132)

Ahondando en aquellas escalas que pueden medir específicamente la ansiedad ante la muerte, las más empleadas son las que a continuación se exponen:

▣ Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS):

La Escala de Ansiedad ante la Muerte, más conocida gracias a la literatura sajona como la Death Anxiety Scale (DAS) fue engendrada por Templer en 1970 en principio como una escala unidimensional. El primer peldaño para la construcción de la DAS consistió en redactar racionalmente 40 elementos que describieran la ansiedad ante la muerte tal como se presenta en una amplia variedad de experiencias vitales, e intentando aplicar la Escala de Miedo a la Muerte de Boyar.

El paso siguiente fue determinar la validez aparente de los ya mencionados elementos. Esto se realizó mediante un panel de expertos compuesto por un psicólogo clínico, dos estudiantes graduados de psicología clínica y por cuatro capellanes. Estos mediadores otorgaron a cada elemento, de los 40 ya mencionados, una puntuación comprendida entre uno y cinco puntos, según fueran: 1) irrelevante para la ansiedad ante la muerte; 2) poco asociado con la ansiedad ante la muerte; 3) moderadamente asociado con la ansiedad ante la muerte; 4) considerablemente asociado con la ansiedad ante la muerte; y por último 5) muy estrechamente asociado con la ansiedad ante la muerte. Tras ello se calculó la media de las valoraciones de cada elemento. Nueve de ellos alcanzaron una media por debajo de 3,00, por lo que fueron rechazados

Tras ello, se determinó la consistencia interna de estos 31 ítems, calculando los coeficientes de correlación punto-bisector entre cada elemento y la puntuación total de los restantes 31 elementos, usando tres grupos independientes de sujetos: El primero de ellos formado por 45 estudiantes de una clase de psicología de la Universidad de Kentucky; el segundo de ellos por 50 estudiantes, de 25 a 27 años, de diversos centros de

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Kentucky y Tennessee; y el último de ellos formado por 46 estudiantes de una clase de introducción a la psicología de la Universidad de Western Kentucky. Se decidió retener aquellos elementos que tuvieran un coeficiente de correlación punto-bisector significativo al nivel 0,10 en dos de los tres análisis (Lonetto & Templer, 1988).

Cabe subrayar que los 15 elementos que cumplieron la validez aparente de los análisis de consistencia interna fueron de tipo muy directo. Se rechazaron aquellos elementos que se consideraron muy remotos y oscuros.

Con respecto a la fiabilidad de la escala, cabe decir que la fiabilidad test-retest de la escala resulta satisfactoria. Así 37 estudiantes cumplimentaron la DAS una segunda vez, tres semanas después de la primera contestación. La correlación entre los dos conjuntos de puntuaciones fue de 0,83, lo que demuestra una fiabilidad test-retest satisfactoria (Lonetto & Templer, 1988).

Con respecto a la disposición de respuestas, nueve de los 15 elementos de la DAS puntúan verdadero y seis falso. Por otro lado se observó que parece que la tendencia a responder complacientemente no afecta a la varianza de la DAS. Asimismo, Valdés, (1994) sostiene que “la deseabilidad social no afecta apreciablemente la variable de ansiedad ante la muerte, aunque investigaciones posteriores hallan revelado una pequeña relación negativa entre la DAS y la deseabilidad social” (p.133).

En un esfuerzo para determinar la validez de constructo de la DAS, Cronbach & Meehl (1955) emprendieron dos proyectos por separado.

En función de los resultados obtenidos de los dos proyectos mencionados, se pudo concluir que la ansiedad ante la muerte se correlaciona positivamente con la ansiedad general, tal y como vimos anteriormente, si bien, no tanto como se intercorrelacionan entre sí las escalas de ansiedad general. Por consiguiente “es posible afirmar que la DAS

tiene validez discriminante, y no se puede decir que sea simplemente otra medida de ansiedad general” (Valdés, 1994, p.133).

▣ Cuestionario de Ansiedad ante la Muerte (DAQ)

Posterior a la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) de Templer (1970), Conte, Bakus-Weiner & Plutchik (1982) obraron un cuestionario con capacidad para medir la ansiedad ante la muerte a través de 15 ítems. A través de ésta se pretendía eliminar algunas de las ambigüedades e inconsistencias conceptuales presentes en las anteriores escalas.

Los 15 ítems de los que constan fueron seleccionados en base a 24 cuestiones construidas sobre la base de ocho vídeos y de entrevistas no estructuradas con personas de varias edades acerca de la naturaleza del miedo a la muerte y de ser moribundo.

Con respecto a la confiabilidad (0,76-0,87) y los coeficientes de validez (0,46-0,58), la escala DAQ sugiere un constructo de ansiedad ante la muerte que se separa, aunque guarda una estrecha relación con la ansiedad general y la depresión. En base a ello, Conte & Cols. (citado por Valdés, 1994), refieren que:

Fueron significativas las correlaciones con una forma corta de la escala de ansiedad manifiesta de Taylor (Bendig, 1.956) $r=0.40$, y una corrección según la edad de la escala autoaplicada de depresión de Zung (1.965) que confirmaron la observación clínica de que la ansiedad ante la muerte se relaciona, aunque no es equivalente a la ansiedad general y a la depresión. (p.135)

Cabría decir entonces que “las correlaciones significativas entre la ansiedad ante la muerte, la ansiedad general y la depresión sugiere que la ansiedad ante la muerte se relacione con la angustia psicológica general, pero también tiene alguna especificidad” (Valdés, 1994, p.143).

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Por otro lado, la multidimensionalidad del cuestionario se sustenta en la extracción de 5 factores, de los cuales, 4 podrían tener etiquetas muy significativas, como son el miedo a la soledad, el miedo a lo desconocido, el miedo a la extinción personal, y el miedo al sufrimiento. Si bien, habrá que tener en cuenta que, este factor estructural, antes definido, es dependiente de un simple estudio, por ello es consecuentemente necesaria una validación.

Cabría decir también, que con respecto a los coeficientes de validez concurrente, resultaron de 0,51 y 0,58 de las comparaciones con la escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) y la escala de preocupación ante la muerte de Diskstein, respectivamente (Lonetto & Templer, 1988).

Finalizando, y a merced de los datos expuestos, cabría decir que en base a la suficiente consistencia interna, la escala DAQ es francamente útil como medida autoaplicada (Valdés, 1994).

Cerrando ya los autoinformes, cabe remarcar que dentro de las medidas indirectas, también se incluían las llamadas medidas psicofisiológicas. Cabría decir en primer lugar a este respecto que no existe respuesta específica alguna a la ansiedad, ni a su vez un tipo de medida adecuada, tal y como subrayaba Schwartz (1975). Ahora bien, la evaluación de las respuestas involuntarias del organismo, que acompañan al fenómeno de ansiedad ante la muerte, se pueden recoger a través de estas técnicas psicofisiológicas de manera bastante fehaciente (Fernández Ballesteros, 1977).

Cuando hablamos de medidas psicofisiológicas, principalmente hacemos referencia a la evaluación de las medidas electrodermales y a la tasa cardiaca, si bien de ésta última no hablaremos ya que su forma de medida es simple y conocida.

Respecto a la primera de ellas, las medidas electrodermales, es conocido que: “una medida electrodérmica de especial significación en el caso de la ansiedad la constituye las fluctuaciones espontáneas en el nivel de conductancia de la piel, que tiene lugar incluso en ausencia de estimulación específica” (Valdés, 1994, p.134). Así se advierte una marcada correlación entre la existencia de un incremento de la tasa de fluctuaciones espontáneas y la presencia de tensión por amenaza. Entre las diferentes respuestas electrodérmicas existentes, la medida más empleada en psicofisiología es sin lugar a dudas la resistencia eléctrica de la piel.

Así, a través de esta respuesta psicogalvánica (RPG) se obtiene un nivel de precisión y sensibilidad mayor que el obtenido a través de, entre otras, la medida de la presión arterial o la respuesta respiratoria. Pese a ello conviene aclarar que las respuestas psicogalvánicas, entendidas éstas como una reacción psicofisiológica, son consideradas por algunos expertos como una respuesta de ansiedad, mientras que para otros es tomada como una simple excitación fisiológica del organismo, sin cualificar.

La respuesta psicovalgánica se utilizó en abundantes estudios, tales como los llevados a cabo por Alexander, Colley & Adlerstein (1957). Éstos, evidenciaron que palabras vinculadas con la muerte, evocaban mayor arousal en el sujeto, que aquellas palabras consideradas neutrales. Si bien, conviene remarcar la dificultad hallada a la hora de probar las diferencias entre palabras relacionadas con la muerte y otras palabras de matiz afectivo. Pese a todo, Valdés (1994) refiere que:

Un arousal automático puede estar o no acompañado de una toma de conciencia de dicha reacción (es decir, puede ser o no concienciado por el individuo), por ello no puede servir como índice real de una ansiedad no verbalizada. Además la naturaleza de la emoción envuelta en ello no puede ser directamente inferida. (p.135)

Por último, cabe mencionar que Templer (1971), en un estudio llevado a cabo, evidenció la escasa correlación positiva existente entre la ansiedad manifiesta y la respuesta RPG, ante palabras relacionadas con la muerte en una muestra formada por pacientes psiquiátricos. Es por ello que Templer (1971) concluye que estos resultados invitan a no confiar en el RPG como medida de ansiedad ante la muerte, inducida de forma verbal o de cualquier otro modo.

3.1.8. Funciones de las actitudes en la educación sobre la muerte

Tal y como referiremos más adelante uno de los principales objetivos de la presente investigación es poner de manifiesto la necesidad de formación específica en cuanto a la muerte, en los estudiantes de enfermería, con el fin principal de mejorar el futuro cuidado que éstos brindarán a los enfermos en situación terminal. Así, es de gran importancia la presencia de dicho capítulo, la cual evidenciará la posibilidad de modificar las actitudes hacia la muerte a través de una correcta educación en el tema que nos atañe.

Antes de indagar en las funciones de las actitudes en la educación sobre la muerte es importante reseñar que las actitudes pueden poseer las siguientes funciones: comprensión, satisfacción de las necesidades, defensa del yo, expresión de valores. (Neimeyer 1997)

Por su parte, aquellas actitudes dirigidas a la comprensión pueden ser modificadas cuando los sujetos no tienen una idea clara acerca de un concepto determinado, como es en nuestro caso, el tema de la muerte. Así el conocimiento que se les puede brindar a través de un programa de educación sobre la muerte les podrá llevar a modificar las actitudes sobre los fenómenos relacionados con la misma a los sujetos participantes.

En referencia a aquellas actitudes orientadas a las necesidades, éstas podrán modificarse si las actitudes actuales ya no son útiles para el individuo o si está claro para

éste que el optar por una nueva actitud ayudará a alcanzar una meta. En referencia a ello, destaca que aquellos sujetos que tienen una imperiosa necesidad de tener un fuerte control sobre sus vidas, les puede afligir la información acerca de la importancia de redactar un testamento o comunicar a sus seres queridos sus últimos deseos.

Por su parte las actitudes de defensa del yo, fortalecen los factores que alivian la supuesta amenaza o malestar. Así, por ejemplo, si estamos ante un sujeto que vive como una gran amenaza la posible soledad social que puede acompañar el proceso de morir, el individuo se podrá sentir aliviado si recibe información acerca de la atención que puede recibir gracias a los equipos de cuidados paliativos.

Respecto a aquellas actitudes que expresan valores, cabe resaltar que son complicadas de cambiar, ya que éstas tienen que ver con las creencias más básicas de los sujetos y en consecuencia con el sentido de sí mismo. Así Colell (2005) refiere que:

Si un individuo no percibe ningún valor en la muerte porque rompe el valor de sí mismo, puede experimentar un cambio de actitud si en un curso sobre la muerte aprende que el proceso de morir, puede unir más a los seres queridos y aumentar el significado personal y la satisfacción en la vida. (p.45)

Para concluir, cabría referir que, tal y como señala Neimeyer (1997) estas funciones sociales y psicológicas de las actitudes previamente referenciadas, deberán de ser tenidas en cuenta si se planteara un futuro diseño de un programa de educación sobre la muerte. Y es que, dependiendo de los objetivos a lograr y de los sujetos hacia los que el programa va dirigido, puede ser que acontezcan mayores niveles de ansiedad ante la muerte en el individuo o incluso que, las propias defensas del yo, impidan al sujeto interiorizar todo lo relacionado con el impacto emocional del proceso de morir, circunstancias en las que coinciden Tomás-Sábado y Guix (2001).

3.1.8.1. Cambio de actitudes en la educación sobre la muerte

Uno de los objetivos subyacentes de la presente investigación, es constatar la trascendencia que la educación sobre la muerte en los estudiantes de enfermería puede tener en los enfermos al final de su vida. Es decir, tal y como se cuestiona Colell (2005): “¿Podemos y en qué medida, como docentes, incidir en el cambio de actitudes en la atención al enfermo terminal? En otras palabras, ¿pueden los programas sobre la muerte cambiar actitudes hacia la misma?” (p.15).

Así pues, antes de pasar a hacer un breve repaso de los trabajos llevados a cabo en España con tal fin, enunciaremos los mecanismos, propuestos por Neimeyer (1997), como elementos presentes en la modificación de actitudes a través de la educación y en relación a la muerte.

El citado autor refiere que la mayoría de los programas de educación acerca de la muerte se dirigen a transmutar los sentimientos negativos alrededor de la muerte, en lugar de modificar las cogniciones o la conducta del sujeto. El hecho de hacer hincapié en la modificación de los sentimientos tiene su base en que los sentimientos personales, pueden infligir en los individuos la habilidad de ayudar a otros a la hora de afrontar la muerte. Así pues, un primer paso en cualquier programa de educación acerca de la muerte, es iniciar el trabajo en base a la muerte, y a los sentimientos que se derivan de la misma; miedo, ansiedad, negación..., en los futuros profesionales de enfermería.

Otro de los elementos que subraya Neimeyer (1997), y que lo califica de importante, es el hecho de que los sujetos encargados del programa docente, gocen de la experiencia y formación necesaria en la materia del enfermo terminal. Es decir, como es de suponer, los educadores deberán de sentirse cómodos y “no tener asuntos o necesidades ocultas como un duelo sin elaborar o actitudes hacia la muerte sin resolver”

(Colell, 2005, p.46). Al mismo tiempo que es importante que el docente encargado de llevar a cabo el programa educacional sobre la muerte tenga una experiencia específica en la materia, es importante también, a juicio de Neimeyer (1997), que éste goce de habilidades en cuanto al manejo de las posibles discusiones grupales que acontezcan en el desarrollo del programa, así como en consecuencia, conocer las características básicas propias de la dinámica grupal:

Debe de saber escuchar, ser empático en el momento de expresar emociones; capaz de modelar la expresión eficaz de los sentimientos; ser consciente de cómo se forman los vínculos y apegos grupales y ser capaz de tratar los conflictos o diferencias de opinión que puedan surgir. (Colell, 2005, p.46)

Finalmente, uno de los pilares básicos en la educación sobre la muerte, más allá de lo anteriormente descrito, es la trascendencia del trabajo en grupo. El empleo del trabajo grupal, predispone “la empatía, el modelamiento, apoyo y estimulación mutua así como refuerzo para un cambio positivo” (Colell, 2005, p.46).

Por otro lado, en lo que respecta a los programas de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en España, destacan fundamentalmente dos; Tomás-Sábado y Guix Lluistuella (2006) y Aradilla-Herrero y Tomas-Sábado (2006).

El primero de ellos, propuesto por Tomás-Sábado y Guix Lluistuella (2006) consistió en un curso de formación dirigido a enfermeras y auxiliares de enfermería. Dicho estudio estaba formado por 458 enfermeras y auxiliares de enfermería, de los cuales fueron válidos 150 cuestionarios, de los cuales 88 eran de sujetos que habían realizado el curso de formación, y 62 que no.

El curso de formación consistió en un curso impartido por profesorado especializado en la materia. En él se dedica un “50% del contenido a procesos de

experiencia personal de autoconfrontamiento, a fin de identificar y revisar actitudes y comportamientos de respuesta personal frente a la separación, pérdida y elaboración del duelo” (Tomás-Sábado y Guix Lluistuella, 2006, p. 106). Por otro lado se dedicó un 50% a “desarrollar capacidades para llevar a término procesos de acompañamiento y ayuda a personas en procesos de duelo y que se estén preparando para aceptar la experiencia de morir de forma natural”. Tras este periodo formativo se permitió concluir que el curso formativo permitía disminuir la ansiedad ante la muerte en el personal de enfermería de forma significativa, mientras que en los auxiliares de enfermería ocurría lo contrario, dicha ansiedad aumentaba. Los autores explican tales resultados en los siguientes términos:

Según el modelo propuesto por Bailis y Kennedy, los resultados de un programa de educación sobre la muerte podrían explicarse en términos de consecución de tres grados: un primer grado supondría la introducción de estímulos y actividades relacionadas con la muerte; en un segundo grado se procedería al examen de los mecanismos de defensa; por fin, el tercer grado comprendería la confrontación y superación de las ansiedades ante la muerte. Este modelo supone que, cuando la naturaleza eminentemente didáctica del programa de formación o las propias características y experiencias de los sujetos no permiten superar el segundo grado, la movilización de los mecanismos de defensa provocará un aumento de la ansiedad ante la muerte, mientras que la consecución del tercer grado producirá una disminución. (Tomás-Sábado y Guix Lluistuella, 2006, p. 108)

Por su parte, el segundo de los programas de educación a diferencia del anterior, se llevó a cabo en estudiantes de enfermería (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006). La intervención educativa se realizó sobre estudiantes de enfermería, dentro del programa de la asignatura “cuidados paliativos”. El programa se basó en el desarrollo de “conocimientos y habilidades acerca de las emociones, con el objetivo de capacitar al estudiante para aceptar el proceso de muerte como un proceso natural y ayudarle a

expresar, comprender y gestionar las emociones que le suscita el contacto con la muerte y sus experiencias vitales de pérdida” (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006, p. 323).

Los resultados que se obtuvieron tras la aplicación de dicho proceso formativo muestran que los niveles de ansiedad tras la intervención educativa se veían reducidos, si bien, no de manera estadísticamente significativa. Así los autores concluyen que:

En general, los datos obtenidos sugieren que una educación emocional sobre la muerte que consiguiera aumentar los niveles de comprensión de las emociones y que profundizara en la aceptación de la propia muerte y la de los demás, ofrecería a los profesionales sanitarios mecanismos de afrontamiento eficaces para lograr disminuir la ansiedad que la muerte produce. (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006, p. 325).

3.2. PROCESOS EMOCIONALES ANTE LA MUERTE

El presente capítulo pretende remarcar la importancia que las emociones, tanto del profesional sanitario como del estudiante de enfermería, tienen a la hora de brindar cuidados de calidad al enfermo al final de su vida.

Tanto la bibliografía profesional (Lonetto & Templer, 1988; Schuzl, 1977) como la popular (Becker, 1973) sobre el tema de la muerte se han centrado casi exclusivamente en la ansiedad y el miedo a la muerte. Aunque es incuestionable que los seres humanos temen a la muerte al menos en alguna ocasión en su vida, no está del todo claro de qué nos servirá entender dicho miedo a la muerte a la hora de afrontar la realidad de nuestra condición existencial. ¿No sería más útil señalar que los humanos también afrontan la muerte y que lo han hecho a su manera, a veces torpe, desde tiempos inmemoriales?

Es por ello que, presumiblemente, cabría pensar que aquellos sujetos que laboralmente se encuentran inmersos en un contexto de pérdida y muerte, han adquirido lo que Colell (2005) denomina como, “un importante bagaje de experiencias personales sobre pérdidas, sentimientos de rechazo, miedos de separación, necesidad de aceptación y reconocimiento, dudas, ansiedades, valores...” (p.48). Así pues, indiscutiblemente dichas experiencias acarrearán una carga emocional la cual condicionará y modulará, tanto a nivel personal como profesional, la atención al enfermo terminal. De este modo, cabría esperar que si incidimos en el aspecto emocional de los cuidadores, incluyéndose en éstos obviamente los profesionales y estudiantes de enfermería, no sólo ayudaríamos directamente al personal asistencial a sobrellevar de la mejor manera posible dichas experiencias, sino que, a su vez, indirectamente también ayudaríamos al enfermo, debido a que “la mejor preparación emocional del profesional repercutirá en una mejor y más serena atención a la persona al final de su vida” (Colell, 2005, p.48).

Por todo ello, se considera importante abordar aquellos procesos psicológicos que ejercen influencia sobre las emociones de las personas: la autoeficacia, la competencia percibida y por último la inteligencia emocional.

Si bien, antes de hablar propiamente de los términos ya expuestos, se antoja incuestionable realizar una breve introducción acerca de las emociones.

Entendida como la definición más aceptada por el resto de los autores, Fernández-Dols 1995 (citado por Colell, 2005) define el término “*emoción*” como:

Una forma de afecto compleja que implica reacciones viscerales y cognitivas, que suele ser provocada por situaciones con unas características definidas, que conlleva ciertos cursos de acción característicos y que puede ser identificada, cuando se experimenta, mediante un lenguaje cotidiano como por ejemplo, mediante tristeza, rabia, pena, alegría, ansiedad... (p.48)

Estas emociones, presentes por ende en todos los sujetos, juegan un papel fundamental en el bienestar o malestar psicológico de los sujetos. Así, la experiencia emocional, entendiendo ésta como lo que pensamos y sentimos mientras acaece la reacción emocional, se puede estratificar en tres dimensiones fundamentales: la experiencia emocional desencadenará placer o desagrado; la experiencia emocional tendrá mayor o menor intensidad; y por último el grado de control que se puede tener sobre la experiencia emocional (Cano y Miguel 2001).

Por todo ello, tal y como apunta Limonero (1996), el campo de las emociones es extenso y dispar, debido principalmente a la subsistencia de múltiples orientaciones teóricas y metodológicas, todo ello sustentando en el hecho de que los fenómenos emocionales pueden ser planteados desde un nivel fisiológico, cognitivo y conductual. Sin embargo, dicha disparidad se puede concretar en dos grandes planteamientos: el

3. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

enfoque orgánico, el cual sostiene que los acontecimientos fisiológicos son los precursores de las emociones, y el enfoque mentalista, el cual al contrario que el anterior enfoque, sopesa que las reacciones fisiológicas son fruto de eventos psíquicos.

En relación al tema que nos compete, la emoción más frecuente e influyente que se experimenta frente al proceso de morir es el miedo. Este miedo que se puede revelar al final de la vida del sujeto no es un miedo aislado, es la suma de múltiples miedos subjetivos. Estos miedos que se pueden manifestar en el proceso de morir, son entre otros los “relacionados tanto con la sintomatología física como con los tratamientos que recibe, la pérdida de sus funciones psicológicas, el miedo al más allá, a lo que le pasará a su familia cuando él muera” Bayes y Limonero (citado por Colell, 2005, p.49).

Es importante remarcar tal y como refiere Colell (2005) que:

Si el miedo es una de las emociones principales que se da en la persona que se va a morir, también es, junto a la ansiedad, la emoción más frecuente que experimentan los sujetos que trabajan con enfermos terminales o moribundos. (p.49)

Esta aseveración se subraya con diferentes estudios, entre los que destaca el llevado a cabo por Colell, Limonero y Otero (2003), éste concluye que los estudiantes de enfermería tienen predilección a trabajar en el futuro con enfermos pediátricos en lugar de hacerlo con enfermos terminales tanto de SIDA como de cáncer, en base a lo cual, podemos dilucidar que genera menos miedo en el profesional de enfermería trabajar con la vida, que trabajar día a día con la muerte. Dicha situación, tal y como subraya Colell (2005):

Nos lleva a pensar que el personal asistencial debería de poder utilizar mecanismos o recursos psicológicos que le ayudasen de forma adecuada, a modelar o canalizar el miedo

y la ansiedad que puede aparecer en el trabajo cotidiano con enfermos al final de su vida.
(p.49)

Expuesto todo lo anterior, de los cuantiosos procesos cognitivos emocionales que se pueden emplear con el fin de mitigar las emociones de miedo y ansiedad, nos vamos a centrar en a la inteligencia emocional, la competencia percibida y la autoeficacia, procesos que en mayor o menor medida pueden ayudar al profesional y estudiante de enfermería a afrontar los momentos críticos del proceso de morir. Así, prestando especial atención a los procesos emocionales ya descritos, y una vez que el miedo y la ansiedad son dominados, la atención prestada al enfermo terminal se puede transformar de un proceso temido a un proceso de satisfacción.

Por todo ello se entiende necesario el desarrollo de trabajos y estrategias dirigidas a abordar dichos procesos emocionales, ya que como describe Colell (2005): “un profesional con miedo controlado y asimilado, es sin duda, una de las mejores condiciones para que un profesional sanitario pueda ofrecer una buena atención al enfermo moribundo y su familia” (p.50).

3.2.1. Autoeficacia y competencia percibida

Previo a exponer ambos conceptos, conviene remarcar la escasa cantidad de trabajos científicos que estudian el papel que juegan los factores cognitivos en la vivencia de la ansiedad ante la muerte.

Entre los pocos estudios llevados a cabo destaca el trabajo de Tomer & Eliason (1996), los cuales propusieron un arquetipo de ansiedad ante la muerte en el que el autoconcepto y la autoestima, es decir, las creencias personales sobre uno mismo y sobre el mundo que nos rodea, unido al significado de la muerte, serán factores que determinen dicha ansiedad. Por su parte, Fortner & Neimeyer (1999), apuntan que aquellas personas

con niveles de autoimagen bajos reportan niveles de ansiedad ante la muerte elevados. Por otro lado, Patton y Freitag (1977), analizaron el locus de control externo en estudiantes, estableciendo una relación significativa entre éste y mayores niveles de ansiedad ante la muerte; en concomitancia a ello, Hayslip & Stewart (1987), revelan que el miedo a la muerte o al proceso de morir, se relaciona directamente con niveles bajos de *internalidad* sobre la salud general. Entre los estudios más recientes destaca el llevado a cabo por Tang, Wu & Yan (2002), éste análisis el locus de control junto con las expectativas de autoeficacia en estudiantes universitarios, desprendiéndose de dicho análisis que los bajos niveles en ambas variables guardaban relación con altos niveles de ansiedad ante la muerte.

Así pues, en base a la revisión realizada, se puede desprender que el locus control y las expectativas de autoeficacia, pueden actuar como modulares personales de la adaptación a situaciones de estrés y ansiedad. De igual manera, son diferentes las investigaciones que han ensalzado el papel de la competencia percibida como un componente implicado en la actuación de las personas frente a circunstancias de estrés.

A continuación pasaremos a definir y remarcar la importancia para la presente investigación de los constructos autoeficacia y competencia percibida

La autoeficacia, constructo introducido por Bandura (1987), se define como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p.416), es decir, es la creencia sobre la propia capacidad para llevar a término una determinada tarea. Tal y como sostiene Carrasco y Del Barrio (2002), la eficacia percibida, o autoeficacia ejerce un papel clave en la competencia humana, determinando así en gran medida, la preferencia por actividades, la motivación, el esfuerzo, la persistencia, los patrones de

pensamiento y las respuestas emocionales. En resumen, la autoeficacia sería lo que el sujeto siente, piensa y actúa. En relación a lo que el sujeto siente, se puede concretar que un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 1995). Por su parte, respecto a los pensamientos, las creencias de eficacia influyen en éstos a través de su grado de optimismo o pesimismo, entre otros (Bandura, 1995). Finalmente Bandura (1997) Sostiene que un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico.

Por último, cabría remarcar que un componente destacado de ésta es su alta especificidad situacional, es decir, su dependencia en correspondencia al contexto y/o las condiciones bajo las que se desarrolla la conducta.

Centrándonos en el tema que nos compete, podríamos definir la autoeficacia frente a la muerte como: “el grado de capacidad que la enfermera se atribuye a sí misma para resolver con éxito las situaciones de cuidados a pacientes moribundos y familiares” (Salvador, 2010, p.25).

Analizando estudios que relacionan la autoeficacia con la capacidad de afrontamiento a la muerte, destaca el llevado a cabo por Salvador (2010), el cual precisa que los profesionales necesitan mejorar su nivel de autoeficacia. Así mismo, establece la existencia de una correlación positiva entre el afrontamiento a la muerte y la autoeficacia, así mismo, no se observa relación entre el tiempo trabajado en la unidad y el mayor nivel de autoeficacia.

Por todo lo anteriormente expuesto, se antoja esencial poder cuantificar la autoeficacia frente a la muerte que presentan los profesionales y estudiantes de enfermería. En la actualidad la escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con

los hospices de Robbins es el instrumento encargado de ponderar dicha autoeficacia. Esta escala se desarrolló por Robbins en 1992 en cooperación con uno de los hospices participantes. El fin de ésta era descubrir cuáles eran las competencias relacionadas con el hospice, así como la autoeficacia respecto a las conductas de preparación para la muerte y el afrontamiento de las pérdidas, tanto de los seres queridos como de otro tipo (Robbins, 1992). En la valoración de la viabilidad y validez de ésta se observó que tenía una consistencia interna de 0.95, $p < 0,001$. Así mismo demostró tener una estabilidad test-retest de 0,91, $p < 0,001$ (Robbins, 1992).

La escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices, consta de 44 ítems, los cuales se deben puntuar de 0 a 100 en unidades de 10, siendo 0 muy inseguro y 100 muy seguro en respuesta al enunciado: “lea cada uno de los ítems que aparecen abajo y puntúa cómo de seguro o inseguro estás de que puedes desempeñar cada uno de ellos, usando esta escala (en unidades de 10)” (Neimeyer, 1997).

Respecto al constructo competencia percibida, cabe destacar que éste es un término mucho más genérico que la autoeficacia, puesto que “se refiere a la creencia acerca del control que un sujeto dispone, a través de su propio comportamiento, sobre el entorno” (Colell, 2005, p.51). Pese a tratarse de un constructo más general, la competencia percibida se compone de tres matices trascendentales;

- El primero de ellos; la competencia percibida es transituacional. Esto querrá decir que no precisa el control percibido por el sujeto en un entorno o situación concreta.
- El segundo aspecto importante es que la competencia percibida es transconductual, es decir, no es capaz de definir cuáles son las acciones que el sujeto ejerce sobre el medio.

- El último de ellos, es que la competencia percibida es un reflejo global de dos componentes opuestos que se pueden adosar. Por una parte el control global que el sujeto sospecha que es capaz de ejercer sobre el conglomerado de sus propias conductas; y por otro lado el control que el sujeto cree que sus comportamientos ejercen sobre los estímulos del entorno (Sanz, 1997).

Vistos ya ambos constructos, parece importante subrayar que cuando el contexto o las condiciones a las que hace frente el sujeto, son precisas y visiblemente definidas las contingencias entre las conductas y sus posteriores efectos, la autoeficacia jugará un papel determinante en el proceso generativo de la conducta. Si bien, cuando la situación se antoja ambigua, será la competencia percibida la que en este caso cobrará un papel decisivo en la generación de conductas. Así, tal y como defiende Sanz (1997), en esta última situación, la autoeficacia es poco determinante, teniendo así un escaso poder predictivo sobre el éxito comportamental. Pese al planteamiento de Sanz, Bandura (1982), refiere que una persona con competencia percibida, pero sin autoeficacia, rara vez podrá obtener resultados saludables, remarcando la idea de que pese a que la competencia percibida se antoja necesaria, ésta por sí sola no es suficiente para evocar un cambio conductual. Podríamos resumir en que:

La autoeficacia lleva implícito el control sobre la ejecución de la conducta, pero no sobre sus consecuencias, mientras que la competencia percibida se refiere al control de los estímulos consecuentes, pero no al control que ejerce el individuo sobre la ejecución conductual. (Bandura, 1982 (citado por Colell, 2005, p.51))

Este punto de inflexión que lleva a unificar los dos constructos en uno sólo lo encontramos amparado bajo el constructo competencia personal, enunciado por Wallston en 1992. Éste define la competencia personal como: “la creencia individual y generalizada de que uno mismo es capaz de salir airoso de las situaciones estresantes a las que se ve

sometido” (Colell, 2005, p.52). Para Wallston la competencia percibida casa expectativas de competencia; (el sujeto se siente competente para llevar a cabo secuencias de actos completos), y expectativas de contingencia; (el sujeto sostiene que dichas conductas le permiten controlar la vida). “De manera que ocupa, en el contexto de las variables disposicionales, el papel de las expectativas de eficacia y de resultado en el de las variables personales específicas” (Colell, 2005, p.52). Dicho de manera sencilla, si uno cree que puede llevar a cabo la conducta y que dicha acción realmente encaminará hacia consecuencias determinadas, la probabilidad de realizar la conducta aumentará. Así, para Blasco et al. (1999), la competencia percibida podría ser considerara como el mejor predictor del comportamiento, mejor incluso que el locus de control. Esto se explica en base a que una elevada competencia percibida implica un locus de control interno, mientras que por el contrario, un locus de control interno no denota necesariamente que el sujeto crea estar controlando exitosamente su vida.

Por su parte, Fernández-Castro et al. (1998), continuando con el análisis del constructo competencia personal propuesto por Wallston, refiere que dicho constructo se antoja especialmente útil con el fin de discernir por qué unas personas se amoldan adecuadamente a situaciones estresantes minimizando su impacto sobre la salud, mientras que otras no. Acentuando la hipótesis de éste, Limonero et al (2003) llevo a cabo un estudio sobre la influencia de la competencia percibida en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de psicología, obteniendo resultados que corroboraban la hipótesis propuesta por Fernandez- Castro et al. Es decir, aquellos estudiantes con niveles elevados de competencia percibida, mostraban menores niveles de ansiedad ante la muerte que los alumnos con puntuaciones bajas en cuanto a niveles de competencia percibida se refiere.

Tal y como apunta Neimeyer (1997), si bien es incuestionable que los seres humanos, en mayor o menor medida tememos a la muerte, no está patente de que sirve

comprender dicho miedo a la hora de mejorar el afrontamiento de la realidad de nuestra condición existencial. Debido a ello, Neimeyer sugiere que las intervenciones educativas deberían de encaminarse hacia cómo preparar a las personas a afrontar la muerte de la mejor manera posible, en lugar de averiguar el grado o nivel de ansiedad y miedo que genera la muerte. Esta preparación, como es nuestro caso, se hace más patente cuando hacemos referencia a la capacidad de afrontamiento que presentan los sujetos que trabajan en contacto constante con enfermos al final de su vida. Así pues, la competencia percibida, junto a la autoeficacia se antojan estrategias clave con el fin de mejorar el afrontamiento a la muerte y en consecuencia ayudar a los profesionales y estudiantes de enfermería a desarrollar estrategias de intervención efectivas.

En esta misma línea, Bugen (1980-1981) y Robins (1992), investigaron la trascendencia de la autoeficacia y de la competencia percibida frente a la muerte en los cursos de educación sobre la muerte impartidos a los profesionales sanitarios encargados del cuidado de enfermos terminales. Con éstos se evidencio la mejora del afrontamiento tras la experiencia educativa sobre la muerte. En este sentido, Schmidt-RioValle et al. (2011) llevaron a cabo un programa de formación en cuidados paliativos, dirigido a futuros profesionales de la salud; entre los que se incluyeron estudiantes de enfermería. Gracias a dicho programa formativo se redujo el afrontamiento inadecuado hacia la muerte de un 20,9% a un 3,4%, mientras que el afrontamiento óptimo pasó de un 1,5% a un 55,2%.

Para la presente investigación, tal y como referimos anteriormente, se ha empleado la escala de autoeficacia frente a la muerte de Robbins relacionada con los hospices para cuantificar la autoeficacia frente a la muerte, mientras que para cuantificar la competencia percibida frente a la muerte, que es lo que nos concierne, se empleará la escala de Bugen de afrontamiento a la muerte (1980-1981). Dicha escala consta de 30

ítems. A los sujetos se les pide que valoren de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo en las afirmaciones que ésta expone, siendo 1 totalmente en desacuerdo y el 7 totalmente de acuerdo con la afirmación expuesta. En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, se puede concluir que nos encontramos ante una escala fiable. Así lo corrobora su consistencia interna; $\alpha = 0,9$, $p < 0,001$ y su estabilidad ($r = 0,91$, $p < 0,001$) (Neimeyer, 1997).

Por último, cabe remarcar que junto a la autoeficacia y la competencia percibida, según Limonero (2003), coexisten otros dos elementos que contribuyen a afrontar la ansiedad y el estrés que genera el contacto asistencial continuo con enfermos al final de su vida. El primero de los dos elementos referidos sería la experiencia previa, la cual se relaciona con el aprendizaje adquirido ante situaciones previas de estrés. El segundo serían los rasgos de personalidad; así aquellas personas con niveles de optimismo elevado presentan una clara tendencia a resaltar los aspectos positivos de los acontecimientos negativos, logrando que el impacto de lo negativo sea inferior o más controlado.

Una vez constatada la importancia que la autoeficacia y la competencia percibida tienen a la hora de incidir en la disposición de afrontamiento de la muerte en los profesionales y estudiantes de enfermería a la hora de abordar el cuidado a los enfermos al final de sus vidas, se antoja incuestionable abordar el concepto inteligencia emocional, también como elemento clave a la hora de abordar el afrontamiento de la muerte.

3.2.2. La inteligencia emocional

El origen de lo que hoy conocemos como inteligencia emocional florece del estudio de las relaciones entre la emoción y la cognición. Así, podemos ubicar el origen de este fenómeno en los primeros estudios que trataban de relacionar la emoción con la inteligencia. Se estima, que los precedentes más semejantes a la actual inteligencia

emocional, se sitúan en torno al concepto inteligencia social, propuesto por Thorndike en 1920 y a la teoría de las inteligencias múltiples, expuesta por Gardner (1983).

Si bien, no es hasta la década de los 90 cuando el constructo inteligencia emocional empieza a cobrar interés en el ámbito de la psicología. Podemos ubicar así su génesis en 1990 con la primera definición de inteligencia emocional, dada por Salovey & Mayer (1990). Aunque no es hasta 1995 cuando el término se populariza con la publicación del libro inteligencia emocional de Goleman (1995). Lo novedoso de la obra de Goleman, es que esta incluía un mensaje innovador a la par que seductor; cualquier persona, independientemente del nivel educativo que ostentase el sujeto, podía tener una vida exitosa. Sin embargo, pese a lo innovador del planteamiento propuesto por Goleman, cabe referir que el examen de la inteligencia emocional, sólo estaba en sus inicios.

En la revisión narrativa del constructo ansiedad se ha podido evidenciar que éste es un constructo abordado desde múltiples perspectivas, lo cual ha suscitado un constante debate entre los expertos. Esta controversia llevó a Mayer (2001) a diferenciar cinco fases de investigación en lo que a la inteligencia emocional se refiere:

1. 1900-1969: En este primer periodo todos los esfuerzos sobre la inteligencia emocional se centran en intentar dar respuesta a la controversia existente; ¿Lo primero es la respuesta fisiológica sobre la emoción, o la emoción genera la respuesta fisiológica? A su vez, es en este periodo donde podemos ubicar el apogeo de los test psicológicos.

2. 1970-1889: Podemos hablar de este periodo como el periodo iniciador de la inteligencia emocional. Así, se inician los estudios sobre la correlación entre las emociones y los pensamientos. Se incluye en este lapso la aparición de la inteligencia interpersonal, aspecto novedoso hasta el momento.

3. 1990-1993: Como referimos anteriormente, es en este periodo donde se ubica la génesis del concepto inteligencia emocional, definido por Salovey & Mayer (1990). Ambos son los encargados de llevar a cabo las primeras investigaciones en relación a este constructo. Así mismo, ambos son los progenitores del primer instrumento para cuantificar la inteligencia emocional, la usada hasta nuestros días Trait Meta-Mood Scale (TMMS).

4. 1994-1997: Es aquí donde se sitúa la publicación del libro de Goleman (1995), la inteligencia emocional, gracias al cual, como referimos anteriormente, el concepto de inteligencia emocional se populariza, atrayendo así un gran interés.

5. 1997-presente: En este último periodo, que es en el que nos encontramos inmersos, se empieza a ahondar en el constructo ansiedad. Surgen así nuevos razonamientos, como el hecho de afirmar que la inteligencia emocional cubre la mayoría de los campos de las relaciones humanas. Por otro lado, es en este periodo cuando empiezan a aparecer las primeras revisiones sobre artículos cuyo fin era investigar la inteligencia emocional.

Delimitada la evolución del constructo inteligencia emocional, pasaremos a definir qué es la inteligencia emocional, así como a pormenorizar los aspectos vinculados con este concepto.

Extremera y Fernández-Berrocal (2003) definen en la actualidad la inteligencia emocional como una forma de inteligencia natural, basada en lo emocional y que acrecienta la capacidad de predecir el éxito en diversas áreas vitales. Si bien, hasta llegar a esta definición ha sido necesario el aporte de los diferentes expertos en la materia. Destacan así Salovey & Mayer (1990), investigadores que, como anteriormente hemos referido, dieron génesis al constructo inteligencia emocional, los cuales plantean ésta como una aproximación general, que abarca las habilidades específicas imprescindibles

para integrar, reglar y experimentar las emociones de forma adaptativa. Así pues, definen la inteligencia emocional como “una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y la de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos” (Salovey & Mayer (1990) (citado por Colell, 2005, p.54)).

Posteriormente, Goleman (1995), tal y como mencionamos, populariza la locución inteligencia emocional. Pese a que éste establece diferentes definiciones sobre qué es una persona emocionalmente inteligente, éstas carecen de base científica. Ante la presente diversidad existente, no es hasta 1997 cuando Mayer & Salovey engendran una de las definiciones más ampliamente aceptada, considerando así a la inteligencia emocional como:

La habilidad para percibir y valorar con precisión las emociones, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual. (Mayer & Salovey, 1997, p.10).

A partir de esta definición Mayer y Slovey, desarrollan una definición que engloba habilidades básicas y complejas, definido ello como el modelo de las cuatro ramas de Mayer y Slovey. Dichas ramas serán:

1. Percepción y expresión emocional: entendida ésta como la capacidad para reconocer las emociones de uno mismo y las de otros sujetos, así como la capacidad de exteriorizar las emociones de manera apropiada.

2. Facilitación y asimilación emocional: es la competencia para emplear las emociones como forma de favorecer el pensamiento. Dicho de otra manera, la competencia de emplear las emociones para reforzar las emociones.

3. Conocimiento emocional: entendido como la capacidad de interpretar el significado emocional de las emociones, así como la aptitud para discernir la evolución de unos estados emocionales a otros.

4. Regulación emocional: será la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos o negativos, incluyéndose aquí la regulación emocional de nuestras propias emociones y las de otros.

Una vez conceptualizado el constructo inteligencia emocional, cabe añadir la existencia de diferentes modelos válidos para desarrollar el concepto de inteligencia emocional. Podemos advertir mayoritariamente tres modelos de aproximación conceptual a la inteligencia emocional: el modelo de habilidad, de rasgo y por último los llamados modelos mixtos. A continuación pasaremos a dar unas pinceladas de cada uno de los modelos.

Modelos de habilidad:

Los modelos de habilidad, también conocidos como modelos de procesamiento cognitivo, realzan el uso adaptativo de las emociones a la hora de favorecer un razonamiento más efectivo. Para los modelos de habilidad, la inteligencia emocional se define como la capacidad para advertir y expresar las emociones, así como la competencia para emplear éstas con el fin de favorecer el pensamiento, interpretar y razonar la emoción, además de la capacidad para regular las propias emociones, como la de los otros (Mayer & Salovey, 1997). Éste es el llamado modelo de las cuatro ramas, desarrollado anteriormente, el cual incluirá tal y como hemos visto “la percepción, valoración y

expresión de la emoción; la facilitación emocional del pensamiento; la comprensión y análisis de las emociones y, finalmente, la regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual” (Aradilla, 2013, p.39).

Podemos resumir según diferentes autores, que este modelo de habilidad cumple con los principios de una inteligencia estándar y realiza predicciones importantes para la vida social.

Modelos de rasgo:

Para dicho modelo, la inteligencia emocional se define como: “una constelación de disposiciones conductuales y autopercepciones sobre la propia capacidad para reconocer, procesar y utilizar la información cargada de emociones” (Aradilla, 2013, p.39).

Esta aproximación conceptual evoca lo que podríamos entender como “metaemoción”, lo cual no deja de ser una parte más de la llamada “metacognición”, dicho de otra forma, la habilidad para apreciar introspectivamente nuestros procesos mentales y discurrir sobre ellos (Aguado, 2005).

Este modelo, propuesto por Petrides & Furnham (2001), propone una diferencia entre dos tipos de inteligencia emocional; la inteligencia emocional rasgo, también conocida para los citados autores como autoeficacia, y la inteligencia emocional capacidad, o capacidad cognitivo-emocional.

Modelos mixtos:

El último de los modelos, comprende la inteligencia emocional desde una perspectiva más global, incluyéndose en su concepción teórica tanto competencias socioemocionales, como aspectos motivacionales, competencias emocionales cognitivas

y rasgos de personalidad. Como promotores de este modelo destacan Goleman (1995) y Boyatzis (2008) entre otros.

Propuestos los tres modelos, para la presente investigación hemos seguido el modelo de las cuatro ramas propuesto por Mayer & Salovey, (1997), ya que tal y como señalan Extremera y Fernández-Berrocal (2003), este modelo ha revelado una indudable solidez científica a lo largo de las diferentes investigaciones llevadas a cabo en materia de inteligencia emocional.

Conceptualizado el constructo inteligencia emocional, y expuestos los diferentes modelos existentes para explicar ésta, parece indispensable pasar a hablar de los instrumentos de medida de la inteligencia emocional.

Gracias a la revisión narrativa llevada a cabo, podemos hacer una primera aproximación acerca de los instrumentos de medida de la inteligencia emocional. Así podemos distinguir esencialmente dos recursos para evaluar la inteligencia emocional: por un lado las llamadas medidas de auto-informe, y por otro lado las medidas de habilidad, conocidas también como de ejecución. Recursos que a continuación pasaremos a exponer.

Medidas de auto-informe:

Uno de los primeros, y principal instrumento empleado en diferentes ámbitos donde se pretende cuantificar el nivel de inteligencia emocional es el denominado *Trait Meta Mood Scale* (TMMS), formulado en 1995. Si bien, el TMMS está basado en el modelo original de Salovey & Mayer (1990), la creación de ésta fue antes de la reformulación teórica del modelo de Mayer & Salovey (1997), no existiendo así una relación entre las dimensiones propuestas en dicha reformulación, y los factores que presenta el TMMS. El presente instrumento de medida se fundamenta en una escala de

rasgo de metaconocimiento emocional, la cual tasa la percepción que los sujetos tienen sobre sus propias habilidades emocionales, y su capacidad para regular éstas. En su génesis, el TMMS consta de 48 ítems, con respuesta tipo Likert, a través de los cuales se evalúan tres dimensiones de la inteligencia emocional: la atención, la claridad y la reparación. Junto a la escala original, existe una versión reducida en castellano, el TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004), la cual ha evidenciado buenas cualidades psicométricas, en su uso sobre una muestra de habla hispana. Ahondando en las tres dimensiones de las que consta el TMMS; atención, claridad y reparación, como norma general cabe destacar que aquellos sujetos con niveles de adaptación psicológica óptimos, mostrarán niveles moderados o bajos en atención emocional, mientras que las dos dimensiones restantes: la claridad y la regulación emocional presentan puntuaciones elevadas (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004). Precisando en lo que respecta a la dimensión atención emocional, Gohm (2003) sopesa que aquellos sujetos que presentan niveles moderados de atención emocional, muestran un óptimo empleo de la regulación emocional, debido ello principalmente a que tendrán en cuenta la información obtenida de sus emociones. En relación a la dimensión claridad emocional, (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004) ésta se correlaciona negativamente con las dimensiones de alexitimia, es decir, aquellas personas que presenten niveles bajos de claridad emocional, presentarán problemática para identificar las emociones propias, y en consecuencia la imposibilidad de expresarlas. Así mismo, niveles elevados de claridad emocional, se asocian entre otros con una mayor satisfacción vital, una mejor autoestima y satisfacción interpersonal, así como una mejor adaptación a situaciones estresantes en el medio laboral (Salovey et al, 2002). Por último, en relación a la última de las dimensiones, la regulación emocional, está directamente relacionada con la claridad emocional, así pues, aquellas personas que presentan una capacidad elevada de

diferenciación de las experiencias emocionales, presentarán una mayor capacidad para regular éstas (Limonero et al. 2004).

Otro instrumento empleado en la evaluación de la inteligencia emocional, si bien no tanto como el TMMS, es el *Schutte Self Report Inventory* (SSRI), basado de nuevo en el modelo de Salovey y Mayer, se desarrolla por Schutte et al. en 1998. El SSRI en su origen constaba de 33 ítems que tasa aspectos tanto interpersonales como intrapersonales. Respecto a su carácter factorial, son varias las investigaciones llevadas a cabo con el fin de aclarar la cuestión. Por un lado Schutte et al. (1998) sugirió entender la escala como una escala unifactorial, por el contrario, Ciarrochi, Chan & Bajgar (2001) sugieren una estructura factorial compuesta por 4 factores: en primer lugar la percepción de las emociones, la gestión de las propias emociones, la gestión de las emociones de los otros, y por último la utilización de las emociones. Como referimos anteriormente, en su estado original el SSRI constaba de 33 ítems, si bien Austin, Saklofske, Huang, & McKenney, (2004) desarrollaron una nueva versión compuesta de 41 ítems. Además de poseer unas mejores propiedades psicométricas, la nueva versión poseía estructura multifactorial, comprendiendo tres factores; la evaluación emocional, la utilización de las emociones y la regulación emocional. Pese a ésta última propuesta, finalmente es el modelo propuesto por Gignac, Palmer, Manocha & Stough (2005), el que ha probado un mejor ajuste al modelo de inteligencia emocional propuesto por Salovey & Mayer (1990) Dicha propuesta consta de 28 ítems en lugar de los 33 iniciales.

Por último, en cuanto a las medidas de auto informe, de forma resumida, cabría remarcar la aportación de Petrides & Furnham (2003) con el diseño del *Trait Emotional Intelligence Questionnaire* (TEIQue), el cual se ajusta a los modelos de rasgo. Así mismo, destacan dos instrumentos altamente empleados en la evaluación de la inteligencia emocional en la empresa y en organizaciones. Estos son el *The Bar-On*

Emotional Quotient Inventory (EQ-i), desarrollado por Bar-On en 1997, y el *Emotional Competence Inventory* (ECI), desarrollado por Boyatzis, Goleman y Rhee en 2000.

Medidas de habilidad o de ejecución:

Si bien, las medidas de habilidad no son tan empleadas como las medidas de auto-informe, cabe hacer un breve repaso sobre la más empleada e importante.

La herramienta más reconocida para valorar el modelo de inteligencia emocional propuesto por Salovey & Mayer (1997) es el llamado *Mayer-Salovey-Caruso Intelligence Test* (MSCEIT) (Mayer et al., 2003), instaurado en base a un instrumento anterior desarrollado por los mismos autores, el Multifactor Emocional Intelligence Test (MEIS). En la actualidad se dispone de dos versiones del MSCEIT, el MSCEIT v1.1 y el MESCEIT v.2.0. La escala MSCEIT está compuesta de 141 ítems, distribuidos en cuatro ramas y ocho subescalas. De cara a obtener una puntuación en el cuestionario, se ha de obtener mediante dos criterios normativos de comparación: un primer criterio de consenso, seguido de un criterio experto. En la actualidad se dispone de una versión del cuestionario en español, versión contrastada en cuanto a propiedades psicométricas se refiere (Extremera, Fernández-Berrocal & Salovey, 2006)

Aun así, los fundadores de la escala aceptan que la escala presenta limitaciones significativas, principalmente en relación a la evaluación de la percepción emocional. Así mismo, sostienen que la estructura factorial de la escala queda abierta a discusión y futuras investigaciones al respecto. Así, autores como Mayer et al. (2003) refieren que el MSCEIT es un instrumento válido y fiable para determinar la inteligencia emocional, entendida ésta como una habilidad mental.

A modo de resumen pasaremos a recalcar las diferencias entre el uso de los instrumentos de auto-informe versus instrumentos de habilidad a la hora de evaluar la inteligencia emocional.

Por un lado, son varios los autores que sostienen que las medidas de habilidad o ejecución evidencian ventajas respecto a las medidas de auto-informe. La principal ventaja, tal y como señala Aradilla (2013), es que “los resultados obtenidos se basan en la capacidad actual de ejecución o de conocimiento emocional de la persona en una tarea y no sólo en su creencia sobre tal capacidad” (p.44). Aun así, Gohm (2003) refiere que las percepciones, creencias y expectativas en relación a nuestras habilidades, se antojan esenciales para determinar su uso. En otras palabras, aquellos sujetos que no creen y no confían en sus propias capacidades, no podrán usarlas adecuadamente. Por todo ello, podemos considerar que ambos tipos de medidas de la inteligencia emocional pueden actuar de forma complementaria, proveyendo de información provechosa.

Por su parte, Extremera y Fernández-Berrocal (2007) pormenorizan una serie de ventajas y desventajas de las medidas de auto-informe sobre las de habilidad. Entre las ventajas destacan:

- La facilidad a la hora de su administración. Esto se fundamenta en lo claro de las instrucciones, así como la facilidad para obtener resultados de una forma rápida. En contraposición las medidas de habilidad son complejas en cuanto a administración y obtención de resultados se refiere.
- La inmediatez de respuesta, y en consecuencia el tiempo empleado es otro de los factores positivos de las medidas de auto-informe. Por ejemplo el TMMS requiere un tiempo estimado para su respuesta de 10 minutos, mientras que por ejemplo el MSCEIT requiere de 45 minutos a una hora.

Respecto a las desventajas

- Tal y como referimos anteriormente, las medidas de auto-informe suministran una estimación, una creencia o percepción de la autoeficacia personal acerca de las propias capacidades emocionales, y no una evaluación de las habilidades mentales de procesamiento de la información (Mayer et al., 2011).

- Por último, una de las críticas más comunes en cuanto a las medidas de auto-informe se refiere es que la valoración de algunas habilidades emocionales se solapa con variables de personalidad e inteligencia verbal (Aradilla, 2013).

Tal y como sostienen Extremera y Fernández-Berrocal (2007) la medida para evaluar la inteligencia emocional dependerá en gran medida del evaluador, de sus creencias sobre el constructo y los intereses que considere en ese momento el investigador. En nuestro caso tal y como referimos anteriormente, emplearemos para evaluar la inteligencia emocional medidas de auto-informe, más en concreto a través del uso del TMMS-24

Por último, en lo que respecta a la inteligencia emocional, pasaremos a hablar de la relación entre el papel de ésta en los profesionales y estudiantes de enfermería, principalmente en lo referido a la muerte.

Tal y como refiere Colell (2005):

No cabe duda que la habilidad en la expresión, comprensión y regulación de las emociones puede ser una de las mejores formas de afrontar el estrés que genera trabajar con la enfermedad y el enfermo al final de su vida. (p.56)

Así pues, podríamos decir que la inteligencia emocional permite a los profesionales y futuros profesionales de enfermería, establecer relaciones terapéuticas y


relaciones interdisciplinarias efectivas (Reeves, 2005), o dicho de otra manera, tal y como refiere Limonero et al. (2004), la inteligencia emocional será esencial a la hora de evaluar y distinguir entre las respuestas emocionales de los pacientes, siendo valiosa la información recogida como guía de pensamientos y acciones, mejorando así la relación establecida entre enfermero/a (estudiante)-paciente.

Pese a lo provechoso de la inteligencia emocional, es objetivo que la inmensa mayoría de profesionales y estudiantes de enfermería se muestran carentes en este tipo de habilidades, refiriendo que no han recibido suficiente capacitación a lo largo de su currículo formativo (Bellack, 1999; Hurley, 2008). Tendremos así sujetos que pese a estar en continuo contacto con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte..., estarán carentes de habilidades emocionales, las cuales resultan esenciales a la hora de minimizar o al menos controlar situaciones tales como el estrés, la ansiedad acerca de la muerte, o conductas de evitación, situaciones que afectarán por ende a la calidad de la atención enfermera (Aradilla, 2013). En este contexto, la inteligencia emocional, tal y como hemos referido, se antoja esencial a la hora de facilitar las estrategias de afrontamiento eficaces para hacer frente a las ya mencionadas situaciones. Así podemos observar en un estudio realizado por Ranjbar et al. (2012) donde el objetivo era determinar el impacto de la inteligencia emocional de los enfermeros sobre la calidad de los servicios entregados se demostró que la inteligencia emocional de enfermería tiene un efecto directo en la calidad de los cuidados ofrecidos y también en la satisfacción laboral.

Tal y como sostiene Jones & Johnson, (2000), la enfermería es considerada una profesión exigente y estresante, esto se debe a que el profesional/estudiante está expuesto a una constante interacción social con personas enfermas, sus familiares, y con el resto del equipo de trabajo, por lo que debe realizar un esfuerzo continuo por regular sus propias emociones, así como la de los demás. Si nos centramos propiamente en los

estudiantes de enfermería, son múltiples los estudios que evidencian como altos niveles de estrés durante sus periodos de prácticas clínicas contribuyen a una alta inseguridad, baja autoestima, aumento de la irritabilidad y depresión, así como la presencia de trastornos del sueño, agotamiento físico y agotamiento psicológico (Aradilla, 2013). Circunstancias que además de afectar a su bienestar personal en su vida diaria, influirán de manera negativa en su futuro desarrollo profesional, así como en la calidad de la atención que presten en la actualidad y en el futuro. Existen así diferentes estudios que refieren que el desarrollo de las habilidades que la inteligencia emocional comporta, ayudarían a mantener la integridad psicológica y emocional para enfrentar las dificultades que los cuidados enfermeros generan (Jiménez, 2002; Marín, 2004)

Los estudios empíricos en enfermería en relación a la inteligencia emocional han experimentado un creciente interés a partir del año 2000. Se observa así, que los primeros estudios eran reflexiones teóricas sobre la inteligencia emocional, encontrándose posteriormente estudios empíricos acerca de la relación de la inteligencia emocional con temas relevantes en el ámbito de la enfermería. Entre los más significativos destacan el llevado a cabo por Fernández et al. (2012), el cual realizó un estudio en 81 estudiantes de enfermería, a través del cual se concluyó que la conciencia y la comprensión emocional tienen un impacto positivo en los resultados académicos, Por otro lado destaca el llevado a cabo por Por et al. (2011), el cual, tras llevar una investigación en 130 estudiantes de enfermería mostró una correlación positiva entre la inteligencia emocional y la competencia percibida, y negativas con el estrés.

The background of the slide is a deep blue color. On the left side, there are several vertical, slightly curved light trails that appear to be made of many thin, overlapping lines. These trails are illuminated from the bottom, creating a bright white-to-blue gradient. Scattered throughout the blue background are numerous small, out-of-focus white and light blue circles, resembling bokeh or light particles.

4. Parte empírica

4. PARTE EMPÍRICA

4.1. HIPÓTESIS

Las principales hipótesis propuestas para el presente estudio son las que a continuación se exponen:

- Los estudiantes se sienten más preparados emocionalmente y asistencialmente para cuidar enfermos en general, respecto a enfermos en situación terminal.
- No existirá un elevado nivel de deseo de trabajar con enfermos terminales en comparación con otro tipo de pacientes.
- La inteligencia emocional correlaciona negativamente con la ansiedad y el miedo a la muerte.
- La competencia percibida frente a la muerte y la autoeficacia frente a ésta correlacionan positivamente.
- Existe una correlación positiva entre todos los procesos emocionales ante la muerte estudiados; inteligencia emocional, competencia percibida, y autoeficacia.
- Existe una correlación negativa entre la competencia percibida frente a la muerte y la autoeficacia frente a ésta, con la ansiedad y el miedo ante la muerte.
- Los niveles de miedo y ansiedad ante la muerte se mantienen estables a lo largo de los cuatro cursos de grado.

4.2. OBJETIVOS

A fin de contrastar las hipótesis propuestas se han planificado los pertinentes objetivos. Así, varios son los objetivos planteados al llevar a cabo la presente investigación, si bien, todos giran en torno a un objetivo principal; **“Analizar las actitudes ante la muerte que presentan los estudiantes de grado de enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid y en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid”**.

Junto al objetivo general descrito, los objetivos específicos de la presente investigación serán:

- Valorar la preparación auto-percibida tanto emocional como asistencial para cuidar a enfermos terminales y no terminales.
- Evaluar el interés que presentan los estudiantes de enfermería en relación a trabajar con enfermos terminales.
- Enunciar las principales actitudes hacia la muerte que se dan en los estudiantes de grado de enfermería.
- Examinar la trascendencia del factor emocional en la atención al enfermo terminal y no terminal.
- Cuantificar los niveles de miedo y ansiedad ante la muerte que se dan en los estudiantes de grado de enfermería.

4.3. JUSTIFICACIÓN

Los resultados que se pretenden alcanzar con la presente investigación se antojan especialmente útiles a la hora de abordar una problemática cada vez más latente.

Si bien, el fenómeno de la muerte es inherente a todas las personas, ya que tarde o temprano todos moriremos, en el caso del personal de enfermería, entendiendo por éste tanto a los alumnos como a los profesionales, es aún más marcado, ya que la muerte se encuentra muy presente en su quehacer diario (Bayés et al., 2000). Así, son cuantiosos los estudios (Gray, 2009) que enfatizan que los estudiantes, y profesionales de enfermería exteriorizan dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales, así como con sus familias, además de referir una dificultad en el afrontamiento de la muerte de sus pacientes. Según Rooda et al. (1999), las actitudes que presentan éstos hacia el cuidado de los enfermos moribundos son más negativas, tanto en cuanto es mayor el miedo a la muerte que presentan éstos. En esta misma línea, Braun et al. (2010), constatan que aquellas enfermeras con niveles mayores de miedo y evitación, muestran actitudes negativas hacia el cuidado de enfermos terminales.

En el caso concreto de los estudiantes de grado de enfermería, durante su periodo formativo y más en concreto, durante sus prácticas hospitalarias estarán en continuo contacto con la muerte y el sufrimiento, debiéndose enfrentar así no sólo a los miedos que el paciente o familia expresen, sino lo más importante, también a sus propios temores (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Es por ello que Benbunan et al. (2007), sopesan que la convivencia del estudiante con la experiencia de la muerte y el proceso de morir es una, sino la mayor experiencia impactante y estresante a las que deberá de hacer frente el estudiante de enfermería a lo largo de sus prácticas hospitalarias. En la misma línea tal y como vimos, Loftus (1998), refiere que el tema más recurrente en los diarios reflexivos

que realizan los alumnos durante sus prácticas en el ámbito hospitalario es el contacto con la muerte.

En este contexto, el estudio de las actitudes ante la muerte que presentan los estudiantes de enfermería, se antojan esenciales para identificar ideas, situaciones y vivencias que más preocupación, miedo y/o ansiedad generan en el alumno, ya que éstas pueden condicionar el afrontamiento e influir en el trato dispensado al paciente moribundo y su familia. En base a ello, se entiende necesario profundizar en la relación existente entre estas actitudes y los procesos emocionales como pueden ser la autoeficacia, la competencia percibida, o la inteligencia emocional, como métodos moduladores.

Así pues, a modo de resumen, los resultados de la presente investigación pretenden ser útiles entre otros para:

- Conocer que actitudes ante la muerte presentan los estudiantes de grado de enfermería de ambos centros.
- Conocer la capacidad moduladora de los procesos emocionales ya planteados.
- Poder planificar de la forma más rigurosa posible la docencia en relación a la atención al enfermo terminal, haciendo especial hincapié en la preparación emocional del estudiante lo cual permitirá afrontar de forma más adecuada el estrés que genera trabajar con la muerte de forma habitual.
 - Recordando que un menor rechazo a la muerte predispondrá mejores cuidados en el enfermo terminal.

4.4. MÉTODO

4.4.1. Diseño

El estudio se ajusta a un diseño descriptivo, transversal y multicéntrico. La población diana está formada por estudiantes de los cuatro cursos de grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid (de ahora en adelante EUECREM) y estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid (de ahora en adelante FEFP).

El único criterio de inclusión es que el estudiante se encuentre matriculado en alguno de los cuatro cursos, en alguno de los dos centros implicados.

Los participantes respondieron a un cuestionario auto-administrado (anexo I), el cual contenía:

- Variables sociodemográficas o de caracterización: Centro en el que se encuentra matriculado/a, curso en el que se encuentra matriculado/a, sexo y por último edad.
- Resto de variables: Pregunta acerca de si ha presenciado el fallecimiento de algún paciente durante sus prácticas hospitalarias; Escala de preparación auto-percibida desde un punto de vista asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales; Escala de preparación auto-percibida desde un punto de vista asistencial y emocional para cuidar enfermos no terminales; Predilección laboral una vez terminados los estudios de grado de enfermería; Test de inteligencia emocional TMMS-24; Perfil revisado de actitudes hacia la muerte; Escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte; Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los

hospices de Robbins; Escala modificada de miedo a la muerte de Collet-Lester; Escala de ansiedad ante la muerte (DAS).

La recogida de los datos se realizará conforme a lo establecido en el punto 3.4.4.1 (Recogida).

4.4.2. Sujetos de estudio:

Los sujetos que concurren en el presente estudio fueron seleccionados a lo largo del curso académico 2013-2014. En concreto entre los meses de Marzo y Junio de 2014.

Los participantes que forman parte del estudio proceden de dos centros: la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid, y de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Como criterio de inclusión, únicamente se exigía que el encuestado se encuentre matriculado en uno de los cuatro cursos que conforman el grado de enfermería, en alguno de los centros descritos.

En base a lo expuesto se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia o accidental.

3.4.2.1. Tamaño muestral

Se estima que la población de referencia para los días en que se administraron los cuestionarios era de 1227 sujetos, distribuidos éstos de la siguiente forma:

	EUECREM	FEFP
Primero	70	262
Segundo	78	240
Tercero	63	212
Cuarto	56	246
TOTAL	267	960

Tabla 1. *Tamaño muestral*

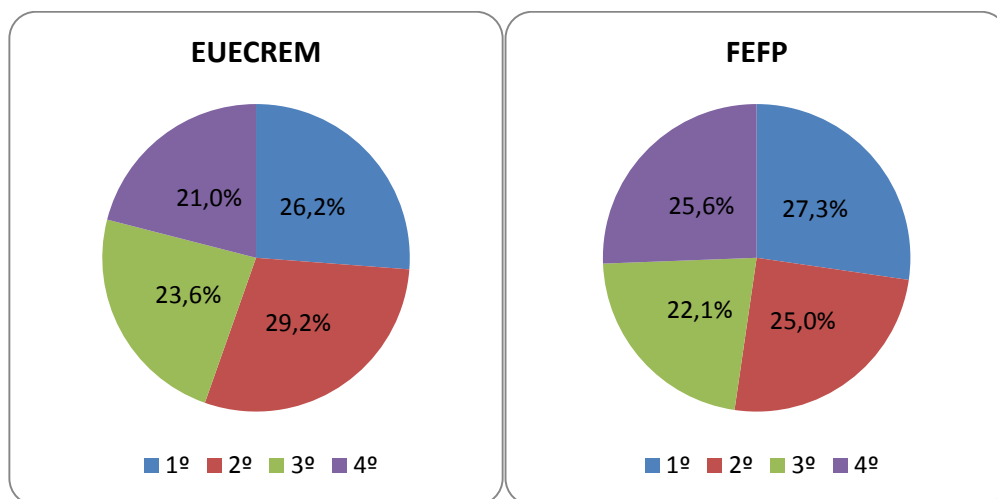


Gráfico 1. *Distribución del tamaño muestral. EUECREM y FEFP*

Destaca que del total de la población de referencia el 21,7% eran alumnos/as de la EUECREM y el 78,3% de la FEFP.

De los 1227 sujetos que representaban la población de referencia, en total contestaron el cuestionario 1088 (un 88,67%), de los cuales 16 se consideraron nulos por no contestar alguna de las escalas, existir dobles respuestas o dejar el cuestionario a medias. Así pues, en total, de los 1227 de la población de referencia, 1072 (un 87,36%) contestaron los cuestionarios de forma válida. Es decir, se perdieron 155 sujetos susceptibles de haber contestado, bien porque su cuestionario se consideró nulo, bien

4. PARTE EMPÍRICA

porque no acudieron el día que se administró el cuestionario, o bien por qué no desearon contestar. A modo de resumen tales situaciones se exponen en la tabla 2:

	POBLACIÓN DE REFERENCIA				CONTESTAN BIEN				CONTESTAN NULO			
	EUECREM		FEFP		EUECREM		FEFP		EUECREM		FEFP	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1º	70	26	262	27	65	26	241	29	2	40	5	46
2º	78	29	240	25	73	29	227	28	2	40	3	27
3º	63	24	212	22	58	23	138	17	1	20	1	9,1
4º	56	21	246	26	52	21	218	27	0	0	2	18
TOTAL	267	100	960	100	248	100	824	100	5	100	11	100

	NO ESTÁN PRESENTES				NO CONTESTAN			
	EUECREM		FEFP		EUECREM		FEFP	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º	2	25	7	6,8	1	17	9	41
2º	2	25	5	4,9	1	17	5	23
3º	4	50	69	67	0	0	4	18
4º	0	0	22	21	4	67	4	18
TOTAL	8	100	103	100	6	100	22	100

Tabla 2. Resumen administración cuestionarios

Así, los porcentajes de representatividad por centro y curso de nuestra muestra, respecto a la población de referencia son los siguientes:

	POBLACIÓN DE REFERENCIA		CUESTIONARIOS VÁLIDOS		% DE VÁLIDOS RESPECTO A LA POBLACIÓN DE REFERENCIA	
	EUECREM	FEFP	EUECREM	FEFP	EUECREM	FEFP
1º	70	262	65	241	92,86%	91,98%
2º	78	240	73	227	93,59%	94,58%
3º	63	212	58	138	92,06%	65,09%
4º	56	246	52	218	92,86%	88,62%

Tabla 3. Porcentaje de cuestionarios respecto a la población de referencia

De todo ello se desprende que la mayor pérdida de muestra se da en tercero en la FEFP, logrando un 65,09% de la posible muestra. Dicha disminución de la reclutación se explica en que un porcentaje de alumnos se encontraba de prácticas en los centros de atención primaria, centros a los cuales por dispersión geográfica fue dificultoso acceder.

Pese a ello, el resto de porcentajes son elevados, y en todos los casos la muestra se considera representativa de la población de referencia, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, con un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 50% (Ver tabla 4).

	POBLACIÓN DE REFERENCIA		ESTIMACIÓN POBLACIONAL		CUESTIONARIOS VÁLIDOS	
	EUECREM	FEFP	EUECREM	FEFP	EUECREM	FEFP
1º	70	262	60	156	65	241
2º	78	240	65	148	73	227
3º	63	212	55	137	58	138
4º	56	246	49	151	52	218
TOTAL	267	960	158	275	248	824

Tabla 4. Estimación poblacional respecto a la población de referencia

4.4.3. Instrumentos

Con el fin de llevar a término los objetivos propuestos para la presente investigación, los sujetos a estudio contestaron una serie de preguntas que se recogían en un dossier a modo de cuadernillo (Anexo I):

Así, se administraron los siguientes instrumentos:

- **Registro de variables sociodemográficas o de caracterización:** Se analizaron las siguientes variables sociodemográficas:

- a. Centro en el que se encuentra cursando sus estudios de grado de enfermería. (*Variable cualitativa nominal*).
- b. Curso en el que se encuentra matriculado. (*Variable cualitativa ordinal*).
- c. Sexo. (*Variable cualitativa nominal*).

- Pregunta cerrada con respuesta dicotómica acerca de si ha presenciado o no el fallecimiento de algún paciente durante sus prácticas hospitalarias. Dicha pregunta tal y como especifica el cuestionario, deberá ser contestada únicamente por los alumnos de 2º, 3º y 4º curso de grado, ya que los alumnos de primero aún no han cursado prácticas clínicas. (*Variable cualitativa nominal*). (Anexo II, pregunta 1)

- **Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.** Mediante ésta se pretende cuantificar la preparación asistencial que perciben los sujetos de cara a cuidar enfermos terminales. Las respuestas podrán ir desde nada que se le otorga una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5. (*Variable cuantitativa discreta*). (Anexo II, pregunta 2). Dicha escala fue creada y validada por Collel (2005).

- **Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales.** Al igual que la anterior, ésta pretende cuantificar la preparación asistencial que perciben los sujetos de cara a cuidar enfermos, si bien en este caso no se trata de enfermos terminales. Las respuestas podrán ir desde nada que se le otorga una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5. (Anexo II, pregunta 3). (*Variable cuantitativa discreta*). Al igual que la escala anterior, ésta fue concebida y validada por Collel (2005).

- **Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales.** Mediante ésta se pretende cuantificar la preparación emocional que perciben los sujetos de cara a cuidar enfermos terminales. Las respuestas podrán ir desde nada que se le otorga una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5. (*Variable cuantitativa discreta*). (Anexo II, pregunta 4). De nuevo, ésta fue concebida y validada por Collel (2005).

- **Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales.** Al igual que la anterior, ésta pretende cuantificar la preparación emocional que perciben los sujetos, si bien en este caso, de cara a cuidar enfermos no terminales. Las respuestas podrán ir desde nada que se le otorga una puntuación de 1, poco con una puntuación de 2, regular con una puntuación de 3, bastante que puntúa 4, y mucho con una puntuación de 5. (*Variable cuantitativa discreta*). (Anexo II, pregunta 5). Al igual que la escala anterior, ésta fue creada y validada por Collel (2005).

- **Cuestionario sobre preferencias profesionales en el campo de enfermería.** Con él pretendemos cuantificar las preferencias laborales una vez concluidos

los estudios de enfermería. Éste se trata de un cuestionario en el que se recogen 7 posibles campos de trabajo (Anexo II, pregunta 6). Al alumno se le preguntará sobre su nivel de deseo - no deseo acerca del lugar dónde le gustaría desempeñar su labor profesional una vez concluidos los estudios de enfermería. La respuesta podrá ir desde no me gusta en absoluto, con una puntuación de 1, hasta me gustaría muchísimo con una puntuación de 7. (*Variable cuantitativa discreta*).

- **Escala de inteligencia emocional.** Se empleó la TMMS-24, la cual está basada en el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación Salovey y Mayer. En su génesis, el TMMS consta de 48 ítems siendo ésta una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales. Ésta se trata de una escala con respuesta tipo Likert, a través de los cuales se evalúan tres dimensiones de la inteligencia emocional: la atención, la claridad y la reparación; En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Junto a la escala original, existe una versión reducida en castellano, el TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004), la cual ha evidenciado buenas cualidades psicométricas, en su uso sobre una muestra de habla hispana, debido a lo cual va a ser la que vamos a emplear. La TMMS-24 (Anexo II, pregunta 7) contiene en total 24 ítems distribuidos en tres dimensiones claves de la inteligencia emocional, con 8 ítems cada una de ellas; Atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Las respuestas a las afirmaciones de los ítems pueden ir desde nunca con una puntuación de 1, hasta muy frecuente, con una puntuación de 5. (*Variable cuantitativa discreta*). Respecto a la evaluación, se realizará un sumatorio de cada uno de los ítems para cada una de las dimensiones, así, se evalúa sumando los ítems del 1 al 8 para obtener el factor percepción (atención), a su vez, también se suman los ítems del 9 al 16 para el factor

comprensión (claridad) y por consiguiente los ítems del 17 al 24 para cuantificar el factor regulación (reparación). Tras ello, cada una de las puntuaciones obtenidas se han de estratificar conforme a unas tablas con unos puntos de corte preestablecidos para cada sexo. (Ver tablas 5, 6 y 7)

- Atención emocional:

Puntuaciones HOMBRES	Puntuaciones MUJERES
Debe mejorar su atención: presta poca atención <21	Debe mejorar su atención: presta poca atención <24
Adecuada atención: 22 a 32	Adecuada atención: 25 a 35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención >33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención >36

Tabla 5. Puntos de corte. Inteligencia emocional. Dimensión atención emocional

- Claridad emocional:

Puntuaciones HOMBRES	Puntuaciones MUJERES
Debe mejorar su claridad <25	Debe mejorar su claridad <23
Adecuada claridad: 26 a 35	Adecuada claridad: 24 a 34
Excelente claridad >36	Excelente claridad >35

Tabla 6. Puntos de corte. Inteligencia emocional. Dimensión claridad emocional

- Reparación emocional:

Puntuaciones HOMBRES	Puntuaciones MUJERES
Debe mejorar su reparación <25	Debe mejorar su reparación <23
Adecuada reparación: 24 a 35	Adecuada reparación: 24 a 34
Excelente reparación >36	Excelente reparación >35

Tabla 7. Puntos de corte. Inteligencia emocional. Dimensión reparación emocional

En lo que se refiere a la fiabilidad del TMMS-24, tal y como vimos, podemos referir de éste que es un instrumento fiable, con alfas de Cronbach elevados (González y Bresó, 2011). (*Variable cuantitativa discreta*).

- **Cuestionario sobre actitudes hacia la muerte.** Se utilizará el PAM-R (Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte) (Anexo II, pregunta 8), el cual es una

revisión del PAM (Perfil de Actitudes hacia la Muerte) desarrollado por Gesser, Wong & Reker (1988). El PAM-R consta de 32 ítems todos relacionados con diferentes actitudes que se pueden presentar hacia la muerte. Así, las cinco dimensiones/actitudes serán: miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape. Al alumno se le solicita que indique el grado de acuerdo o desacuerdo para cada una de las afirmaciones que se exponen. Así la puntuación de todos los ítems puede ir desde 1 a 7 en la dirección de totalmente en desacuerdo, dando el valor 1, a totalmente de acuerdo, dando el valor 7. (*Variable cuantitativa discreta*). Para cada una de las dimensiones se debe calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que la forman, teniendo en cuenta que cada una de las dimensiones está compuesta por un número desigual de ítems, así las claves de corrección para el perfil revisado de actitudes hacia la muerte son las siguientes:

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Evitación de la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29

Tabla 8. Claves para la corrección del Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte

En cuanto a la fiabilidad de la escala, tal y como pudimos ver, Neimeyer (1997) refiere que ésta presenta unos coeficientes alfa de consistencia interna elevados, así, estos oscilaban entre un mínimo de 0,65 a un máximo de 0,97, así como unos coeficientes de estabilidad test-retest de cuatro semanas elevados, oscilando estos entre 0,61 y un máximo de 0,95.

Tomándose conjuntamente todas las subescalas podemos decir que la PAM-R muestra una fiabilidad que va de buena a muy buena.

- **Escala de competencia percibida frente a la muerte.** Para evaluar el nivel de competencia percibida frente a la muerte, se utilizó la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte, modificada. La escala original consta de 30 ítems (Bugen, 1980-1981), de los cuales se seleccionaron tan sólo once, debido a que el resto no eran apropiados para los objetivos de la investigación, obviándose aquellos ítems difusos y con poco interés para la presente investigación. A los sujetos se les pide que valoraran del 1 al 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las afirmaciones expuestas, siendo 1 total desacuerdo y el 7 total acuerdo con la afirmación expuesta. (*Variable cuantitativa discreta*). (Anexo II, pregunta 9). La puntuación total se obtendrá sumando las puntuaciones de todos los ítems. Cabe destacar que no existen puntos de corte, si bien se entiende que a mayores puntuaciones, mayores niveles de competencia percibida frente a la muerte.

En cuanto a las propiedades psicométricas, cabe remarcar que dicha reducción de la escala original ya ha sido empleada con anterioridad por otros investigadores, evidenciando éstos que la escala sigue conservando buenas propiedades psicométricas Collel (2005).

- **Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins.** La escala original, desarrollada por Robbins (1992) consta de 44 ítems. Para nuestra investigación ésta ha sido modificada para finalmente utilizar únicamente 12, ya que el resto no se ajustaban a las consideraciones de la investigación, considerándose muy remotos y “oscuros”. A los sujetos se les pregunta hasta qué punto están seguros o inseguros de que puedan desempeñar las tareas que se exponen en cada uno de los ítems. La puntuación va del 0 al 10, siendo 0 muy inseguro y 10 completamente seguro. (*Variable cuantitativa discreta*). (Anexo II, pregunta 10). La puntuación se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems. Al igual que sucedía con la escala de

competencia percibida frente a la muerte, no existen puntos de corte, si bien se entiende que a mayores puntuaciones, mayores niveles de autoeficacia frente a la muerte. En lo que se refiere a las capacidades psicométricas de la escala podemos referir que ésta en su estado original presenta una consistencia interna de 0.95, $p < 0,001$ (Robbins, 1992). Así mismo demostró tener una buena estabilidad test-retest de 0,91, $p < 0,001$ (Robbins, 1992). De nuevo, la escala modificada que vamos a emplear también cuenta con buenas propiedades psicométricas tal y como muestra Collet (2005) en su investigación.

- **Escala modificada de miedo a la muerte de Collet-Lester.** En el estudio se utilizará la escala modificada por Bayés y Limonero (1999), de la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. La escala original consta de 36 ítems distribuidos en 4 subescalas: miedo a la propia muerte; a la muerte de otros; al propio proceso de morir; y finalmente al proceso de morir de otros. La escala modificada, consta de 20 ítems, 5 por cada una de las subescalas en las que se contemplan la preocupación por la propia muerte y el propio proceso de morir, y la preocupación por la muerte de otros y por su proceso de morir. Para cada ítems se ha de dar una respuesta que puede ir desde no me preocupa nada a la que se le otorga una puntuación de 1, hasta me preocupa muchísimo con una puntuación de 5. (*Variable cuantitativa discreta*). (Anexo II, pregunta 11). La puntuación para cada una de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems que las componen, teniendo en cuenta que la puntuación final de cada sub-escala tiene significado sólo respecto a la puntuación de alguien más en la sub-escala. Pese a no existir puntos de corte para las puntuaciones, se entiende que puntuaciones elevadas indican niveles elevados de miedo para cada una de las subescalas, mientras que puntuaciones bajas indican niveles bajos de miedo.

En lo que respecta a la fiabilidad de la escala, Neimeyer (1997) se refiere a ésta como una escala fiable. Así, en lo que respecta a la fiabilidad test retest, sus estudios

evidenciaron puntuaciones altas, de 0,85 para el miedo a la propia muerte, 0,79 al propio proceso de morir, 0,86 para el miedo a la muerte de los otros, y 0,83 para el miedo al proceso de morir de los otros, si bien destaca que son escasos los estudios realizados en cuanto a fiabilidad test retest se refiere, situación que se mantiene en la actualidad. En cuanto a la consistencia interna de ésta, es elevada, mostrándose alfa de cronbach de 0,91, 0,89, 0,72, 0,87, respectivamente para cada una de las subescalas (Neimeyer, 1997).

- **Escala de ansiedad ante la muerte.** Se usará la escala DAS (Death Anxiety scale) de Templer (1970). Ésta consta de 15 afirmaciones a las que el sujeto deberá puntuar con verdadero o falso respecto a si se siente o no identificado con éstas. Cada ítem lleva aparejada una disposición de respuesta, nueve de los 15 elementos de la DAS puntúan verdadero y seis falso (Anexo II, pregunta 12). La puntuación total se obtiene de sumar el total de afirmaciones “positivas” para ansiedad, siendo la máxima puntuación 15 y la mínima 0. No se establecen puntos de corte, si bien a mayores puntuaciones, mayores niveles de ansiedad ante la muerte. (*Variable cuantitativa discreta*).

Se optó por el empleo de ésta por tratarse de la escala más empleada en las publicaciones en torno a ansiedad ante la muerte se refiere (Tomás-Sábado y Guix LLuistuellà, 2006).

Con respecto a la fiabilidad de la escala, Lonetto & Templer (1988) hablan de buena fiabilidad test-retest con puntuaciones de 0,83. En cuanto a la consistencia interna, ésta ha demostrado presentar valores elevados de alfa de cronbach lo que nos indica una buena consistencia interna (Lonetto & Templer, 1988).

Las medias de normalidad tienden a situarse entre 4,5 y 7 (Tomás-Sábado y Guix LLuistuellà, 2006).

4.4.4. Procedimiento

4.4.4.1. Recogida

Como referimos anteriormente, la administración y recogida de los cuestionarios se realizó durante el curso académico 2013-2014.

En primer lugar, previo al inicio de la presente investigación se solicitó la autorización para llevar a cabo la misma en los ya mencionados centros. Por un lado a la Comisión de Investigación del Centro, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, obteniendo la aprobación y consecuentemente evaluación positiva para el presente proyecto, por parte de la Subcomisión de Evaluación de Grupos, Líneas y Proyectos, de la Comisión de Investigación delegada de la Junta de Facultad, a día 31 de Octubre de 2013 (Anexo III). Por su parte la Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Española, Comunidad de Madrid (Universidad Autónoma de Madrid), autorizó la recogida de la muestra.

Con ambas autorizaciones se entendía, por un lugar la evaluación positiva del proyecto en lo que a diseño, metodología, etc. se refiere, así como la autorización a proceder a administrar los cuestionarios en ambos centros.

Posterior a ello se procedió a administrar los cuestionarios entre los meses de Marzo y Junio de 2014, teniendo en cuenta las peculiaridades situacionales de cada centro. Así por ejemplo, mientras que en un centro y curso los estudiantes se encontraban en prácticas tuteladas, en el otro centro se encontraban en la escuela/facultad recibiendo clases teóricas.

Así pues, dadas las situaciones peculiares de cada centro se procedió a lo siguiente:

En la **EUECREM** los estudiantes de primero, segundo y tercero se encontraban en la escuela en el momento de administrar los cuestionarios, mientras que los alumnos de cuarto curso se encontraban en prácticas tuteladas, situación que propició que a estos últimos se les administraran los cuestionarios en sus respectivos centros de prácticas.

Para administrar el cuestionario a los estudiantes de primero, segundo y tercero, se optó por realizarlo un día que tuvieran una actividad con presencialidad obligatoria en la escuela, para así, intentar conseguir que la muestra fuera lo más numerosa posible y por ende representativa. Siempre se administraron los cuestionarios en sesiones obligatorias que fueran, bien antes del recreo o bien en la última clase del día; con ello se buscaba disminuir la inhibición psicológica que genera realizar el cuestionario con prisa. Así el alumno podía disponer del tiempo que deseara para realizar el cuestionario. Las asignaturas que cedieron su tiempo para administrar los cuestionarios fueron: Salud Pública y Epidemiología (1^{er} curso), Enfermería del Anciano (2^o curso) y Metodología de la Investigación (3^{er} curso). Éstas cedieron sus últimos 30 minutos de clase, estimándose que el cuestionario se tardaba en contestar 15-20 minutos, tal y como se evidenció en 4 pruebas piloto previas a dicha administración.

Por su parte, aquellos alumnos que se encontraban en centros hospitalarios y centros de salud realizando prácticas tuteladas, se les solicitó a los tutores encargados del seguimiento de éstos que les administraran los cuestionarios a todos los estudiantes aprovechando una tutoría grupal. Destaca que en la EUECREM durante las prácticas tuteladas se realiza una tutoría grupal, siendo éste el día elegido para administrar los cuestionarios. Todos los tutores encargados de administrar los cuestionarios fueron informados acerca de la finalidad, metodología, forma de administración, etc. del cuestionario; si bien ante cualquier duda podrían contactar en cualquier momento con el investigador principal.

Por su parte en la **FEFP** los estudiantes de primero y segundo se encontraban en la facultad en el momento de administrar los cuestionarios, mientras que los alumnos de tercero y cuarto curso se encontraban en prácticas tuteladas. Así, a los estudiantes de primero y segundo se les administró el cuestionario en la escuela, mientras que a los de tercero y cuarto se les administro en sus respectivos centros de prácticas tuteladas.

Para administrar el cuestionario a los estudiantes de primero y segundo se optó, al igual que en la EUECREM, por realizarlo un día que tuvieran una actividad con presencialidad obligatoria, pasando las encuestas en sesiones obligatorias que fueran preferentemente en la última clase del día, para evitar, tal y como referimos anteriormente, la posible inhibición psicológica. Las asignaturas que cedieron su tiempo para recoger la muestra fueron Productos Sanitarios (1^{er} curso) y Farmacología (2^o curso), éstas de nuevo cedieron sus últimos 30 minutos de clase.

Por su parte, para aquellos alumnos que se encontraban en centros hospitalarios y centros de salud realizando prácticas tuteladas, se les solicito a los Delegados del Decano, ubicados en cada uno de los centros de prácticas, una cita para explicar en qué consistía la investigación, que requeríamos para ello, etc. Tras contactar con ellos, se propuso administrar las encuestas en una sesión grupal, aprovechando diferentes sesiones teóricas que imparten en cada uno de los centros. Dicha propuesta fue aceptada por todos los Delegados del Decano, debiendo ese día el investigador principal acudir a cada uno de los centros a administrar los cuestionarios.

Subrayar que la variabilidad de fechas en la administración de los cuestionarios entre cursos y centros, responde a la variabilidad entre los periodos de prácticas. Así, buscábamos siempre que la situación de los alumnos fuera la misma. De este modo, los alumnos de primero en ambos centros no han cursado prácticas, mientras que los de

segundo, tercero y cuarto sí habían cursado similares periodos de prácticas en el momento de administrar los cuestionarios.

Independientemente de si era el investigador principal o uno de los tutores de centros de prácticas los que administraban los cuestionarios, las pautas fueron las mismas. Debíamos extremar al máximo la forma de administrar el material, así como las instrucciones que se iban a emplear. De cara a minimizar en lo posible el riesgo de variables intervinientes, las consignas debían de ser siempre las mismas. Éstas fueron:

- En el caso de que fuéramos nosotros quien administráramos los cuestionarios: El profesor que nos cedía su tiempo de clase nos presentaba como un Profesor Titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja, el cual les invitaba a participar en un estudio multicéntrico que se llevaría a término en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja, y la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Tras esta pequeña presentación por parte del profesor, pasábamos a explicar nuestro proyecto en los siguientes términos:

“En vuestro futuro profesional tendréis que atender en más de una ocasión a enfermos en situación terminal. Nuestro estudio tiene como objetivo conocer cuáles son vuestras actitudes en relación a este tema. Vuestras respuestas nos pueden ayudar a ofrecer desde la Facultad/Escuela, una mejor preparación emocional y asistencial en relación a la muerte y al proceso de morir”.

- En el caso de que fuera un tutor de prácticas quién administrara el cuestionario, se obviaba la presentación y se procedía directamente a explicar el proyecto, en los mismos términos que hemos expuesto anteriormente, explicando así mismo que la investigación estaba siendo llevada a cabo por Sergio González Cervantes, Profesor Titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja.

- Tras explicar el proyecto, bien por el investigador principal o bien por el tutor de prácticas, se procedió a remarcar lo que aparece en la hoja de instrucciones del cuestionario:

“La cumplimentación del siguiente cuestionario es de carácter voluntario, y por ende, en caso de no querer realizarlo únicamente debéis devolver el cuadernillo en blanco”, “El cuestionario tiene carácter anónimo”....etc.

- Seguidamente y para concluir las instrucciones se remarcaba que, una vez finalizado el estudio, los alumnos podrán acceder a los resultados derivados de éste. Para acceder a dichos estudios deberán de ponerse en contacto con la Secretaria del Decano de la Facultad de Enfermería, o bien con la Secretaría de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española.

Tras las explicaciones pertinentes se administran los cuestionarios. Éstos reúnen las siguientes características:

- Constan de 5 hojas, impresas en horizontal.
- Todas, a excepción de la hoja de instrucciones, están impresas a doble cara.
- La hoja de instrucciones consta de tres partes bien diferenciadas; La primera de ella define el objetivo de estudio, así como los centros participantes; La segunda de ellas pretende remarcar la voluntariedad del mismo, el anonimato, la cesión de datos y el acceso a los resultados; La última de ellas pretende informar acerca de la forma correcta de cumplimentar el cuestionario. (Anexo I)

Una vez repartidos todos los cuestionarios se les indicaba que disponían del tiempo que quisieran (en el caso de que se tratara de la última hora de clase, o la hora de antes del recreo) para responder el cuestionario, si bien, éste se estimó entre 15-20 minutos con pruebas piloto realizadas a 4 sujetos control.

Tras cumplimentar el cuestionario los alumnos entregaban éste. Los cuestionarios se guardaban en un sobre, éste se cerraba y se entregaban al investigador principal en el caso de que éste no fuera quién los administrara. El mismo proceso se realizó para cada uno de los momentos en los que se administraban los cuestionarios.

3.4.4.2. Análisis de los datos

Los ya mencionados sobres con los respectivos cuestionarios serán recepcionados por el investigador principal.

Tras recoger todos los sobres se procederá a la tabulación de los cuestionarios en el Software IBM® SPSS® Statistics V21.0.0.

Previo a la tabulación de cada cuestionario, a cada uno de ellos se le asignará un código numérico continuo, a fin de que en caso de que descubramos datos discordantes, falta de variables, datos incorrectos, etc. se pueda localizar la encuesta que provocó tal incidencia, pudiendo concluir si ha sido un problema de tabulación o de la propia cumplimentación por parte del estudiante.

Las abreviaturas empleadas en la base de datos para cada una de las variables son las que se muestran en el punto “abreviaturas”:

Una vez tabulados todos los cuestionarios se procedió al análisis de los datos.

Es remarcable que a fin de comparar las puntuaciones obtenidas entre centros, cursos y sexos, así como de cara estudiar las posibles correlaciones entre variables, se hacía necesario evidenciar si la muestra seguía una distribución normal, determinándose así si las pruebas seleccionadas debían de ser paramétricas o no paramétricas.

Si bien, pese a tratarse de una muestra superior a 100 para cada uno de los casos (centros, cursos y sexos...), las variables cuantitativas en base a las pruebas de Kalmogoroz-Smirnov y Shapiro-Wills no se distribuyen según la Ley Normal en cada

uno de los ya mencionados grupos, es decir, no tienen una distribución normal; debido a lo cual se optó por realizar pruebas no paramétricas. (Ver tablas Anexo V).

Para la presente investigación se llevaron a cabo 2 tipos de análisis los cuales describiremos a continuación:

Análisis descriptivo:

El análisis descriptivo se dividió a su vez en dos partes; análisis descriptivo de las llamadas variables sociodemográficas o de caracterización y análisis descriptivo del resto de variables. Ambos análisis fueron realizados a través del Software IBM® SPSS® Statistics V21.0.0.

En el primero de ellos se procedió a analizar las variables sociodemográficas o de caracterización, pertenecientes a los sujetos que participaron en la investigación. Así, las variables estudiadas fueron centro de estudios, curso en el que se encuentran matriculados, sexo y edad. Seguidamente el resto de variables fueron analizadas de manera descriptiva.

Cada una de las variables fue descrita para el total de la muestra, por centro, por curso y en su caso aquellas que por sus características lo requieran por sexo. Se describieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

Así mismo, se compararon las puntuaciones obtenidas entre centros, cursos, y sexos para cada una de las variables.

De cara a comparar las puntuaciones obtenidas entre centros, cursos y sexos, y concluir si tales diferencias son estadísticamente significativas, se emplearon pruebas no paramétricas, debido a que existe una distribución no normal, tal y como se expone en el punto 5.1.

Las pruebas no paramétricas empleadas fueron el test de Wilcoxon-Mann-Whitney (para dos muestras independientes), y el test de Kruskal-Wallis (para k -muestras

independientes), y test de χ -cuadrado (para dos muestras cualitativas independientes). En todos los casos, los resultados presentados se ciñen a un intervalo de confianza del 95%.

Por último, referir que para cada una de las escalas empleadas se calculó el respectivo alfa de cronbach a fin de cuantificar la consistencia interna de éstas, siempre y cuando las características de éstas permitieran dicho cálculo.

Análisis de asociación:

Con el presente análisis se trató de averiguar qué relación guardaban entre sí las diferentes variables estudiadas.

Los análisis empleados para ello fueron los siguientes:

En el caso de tratarse de dos variables cuantitativas se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que como ya vimos las variables no cumplen la ley de normalidad. A través de éste se hallaron las correlaciones a nivel 0,01 y/o 0,05, es decir, con un intervalo de confianza de 99 y 95% respectivamente. Por otro lado, para hallarse las correlaciones entre variables cuantitativas y cualitativas, y debido a que como vimos las variables no siguen una distribución normal, se empleó el test de Wilcoxon-Mann-Whitney (para dos muestras independientes) y el test de Kruskal-Wallis (para k -muestras independientes).

Reseñar, que el análisis de asociación se realizará de manera progresiva y eliminatória. A modo de ejemplo; una vez establecidas las relaciones de la “variableX” con las variables “variableY” y “variableW”, cuando lleguemos a estudiar las relaciones de la “variableY” no estudiaremos las relaciones de ésta con la “variableX” ya que éstas ya fueron estudiadas.

De forma esquemática, la asociación de variables se estudiará conforme se especifica en el anexo IV.

4.4.5. Dificultades/limitaciones encontradas

Pese a que más adelante lo desarrollaremos en la discusión, a lo largo de la presente investigación, de forma resumida, se han presentado las siguientes dificultades:

- Verbalización por parte de algunos estudiantes de que el cuestionario es denso a la hora de contestarse.
- El cuestionario desencadenó en algunos estudiantes situaciones estresantes, lo que implicó que tuvieran que dejar éste mientras estaban cumplimentándolo.
- Dificultad de acceso a la población de estudiantes de tercer curso de la FEFP que se encontraba cursando prácticas en atención primaria.



5. Resultados

5. RESULTADOS

Hemos segmentado los resultados en tres apartados. En primer lugar analizaremos la normalidad de la muestra, posteriormente definiremos los resultados descriptivos, para finalmente evidenciar las relaciones existentes entre las distintas variables.

5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Primeramente realizaremos un análisis descriptivo de las distintas variables. Éste a su vez se ha dividido en análisis descriptivo de las variables de caracterización, y análisis descriptivo del resto de variables.

Cada una de las variables será descrita para el total de la muestra, por centro, por curso y en su caso, aquellas que por sus características lo requieran por sexo. Se describieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

5.1.1. Análisis descriptivo de las variables de caracterización

En el presente apartado procederemos a describir las variables sociodemográficas pertenecientes a los sujetos que participaron en la presente investigación. Éstas serán: Universidad; Curso en el que se encuentra matriculado; Sexo; y finalmente Edad.

Universidad:

El número total de participantes fue de 1072, de ellos, 248 (23,1%) pertenecían a la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid (Centro adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid) “EUECREM”, y 824 (76,9%) a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid “FEFP”.

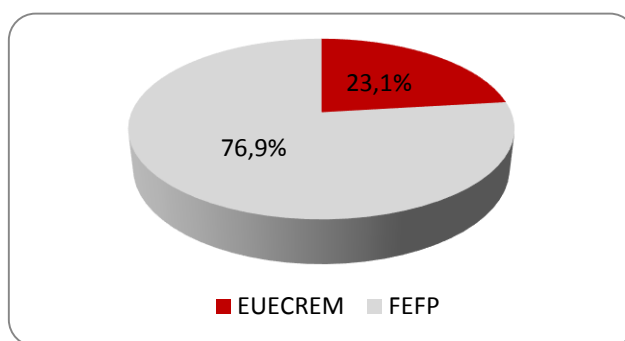


Gráfico 2. Distribución de la muestra a razón del centro

Curso en el que se encuentra matriculado:

Como hemos referido anteriormente, el número total de alumnos participantes fue de 1072. Éstos se distribuyen a razón de: 306 (28,5%) alumnos en primer curso; 300 (28%) alumnos en segundo curso; 196 (18,3%) alumnos en tercer curso; y finalmente 270 (25,2%) alumnos en cuarto curso.

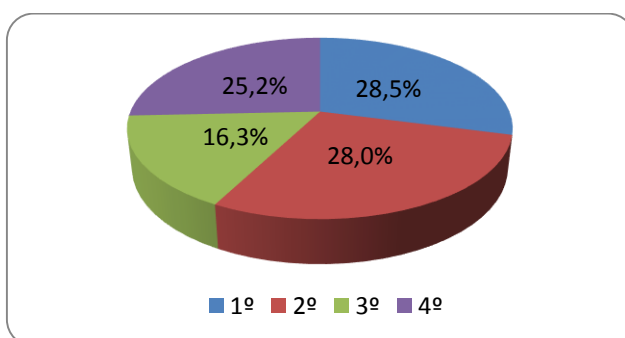


Gráfico 3. Distribución de la muestra a razón del curso

En lo que respecta a la distribución de alumnos por curso y centro ésta será tal y como se detalla a continuación.

Para la EUECREM los 248 sujetos participantes se distribuyen a razón de; 65 (26,2%) alumnos en primer curso; 73 (29,4%) alumnos en segundo curso; 58 (23,4%) alumnos en tercer curso; y 52 (21%) alumnos en cuarto curso. Por su parte en la FEFP de los 824 participantes, 241 (29,3%) eran alumnos de primer curso; 227 (27,5%) alumnos de segundo curso; 138 (16,7%) alumnos de tercer curso; y 218 (26,5%) alumnos de cuarto curso.

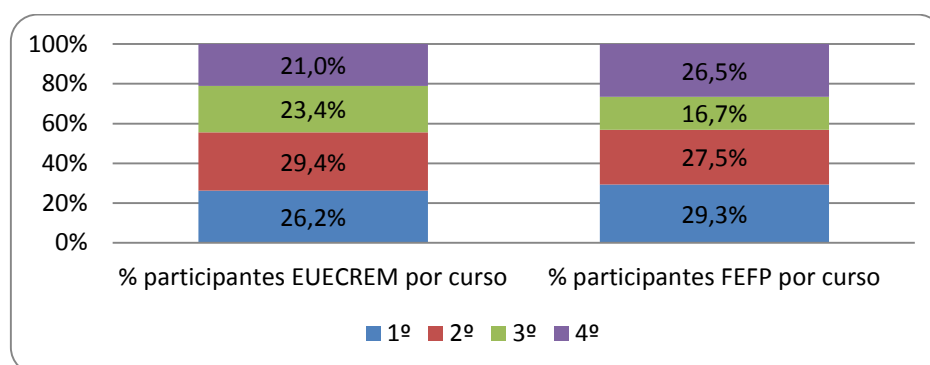


Gráfico 4. Distribución de la muestra a razón del curso y del centro

Tal y como referimos en el punto 3.4.2.1., es característica la baja proporción respecto al total de la muestra de encuestados de tercer curso en la FEFP, si bien, ya argumentamos a qué se debía tal circunstancia.

Sexo:

Del total de participantes (1072), 198 (18,5%) eran estudiantes del sexo masculino, y el resto, es decir, 874 (81,5%) estudiantes del sexo femenino.

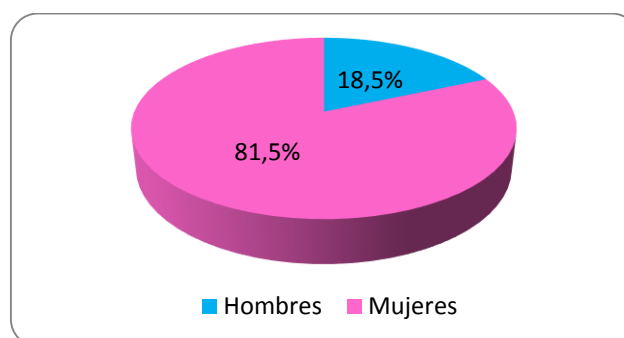


Gráfico 5. Distribución de la muestra a razón del sexo

5. RESULTADOS

En cuanto a la distribución del sexo por centro, en la EUECREM, del total de encuestados, 48 (19,4%) eran estudiantes del sexo masculino, y 200 (80,6%) del sexo femenino. Por su parte, para la FEFP, del total de encuestados, 150 (18,2%) eran estudiantes del sexo masculino, mientras que 674 (81,8%) del sexo femenino.

Así pues, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre ambos centros. ($p = 0,682$), es decir, la distribución en cuanto a sexos es similar en ambos centros.

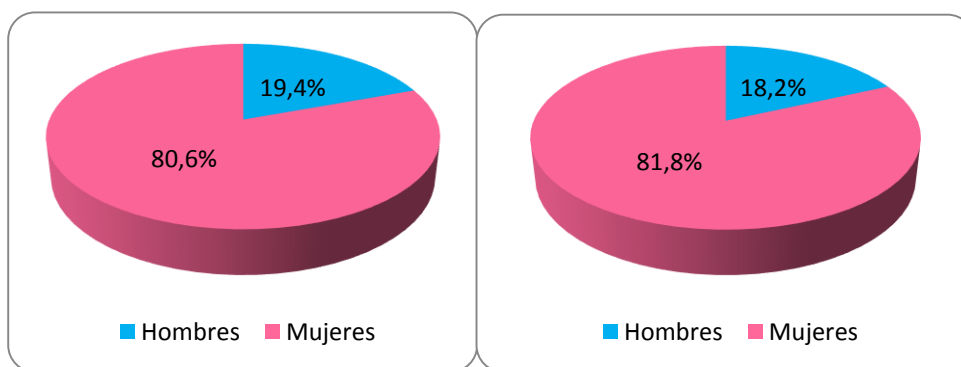


Gráfico 6. Distribución de la muestra a razón del sexo y del centro

En lo que respecta a la distribución del sexo por curso, independientemente del centro en el que se encuentre matriculado el encuestado: en el primer curso hay 57 (18,6%) estudiantes de sexo masculino, por 249 (81,4%) del sexo femenino; en segundo curso hay 54 (18%) estudiantes de sexo masculino, por 246 (82%) de sexo femenino; en tercer curso hay 50 (25,5%) estudiantes de sexo masculino, por 146 (74,5%) de sexo femenino; por último en cuarto curso hay 37 (13,7%) estudiantes de sexo masculino, por 233 (86,3%) de sexo femenino.

Observando la distribución por sexos y cursos, se puede observar que en tercer curso el porcentaje de alumnas del sexo femenino es inferior en relación al resto de cursos, si bien, únicamente dichas diferencias son estadísticamente significativas entre tercer y cuarto curso ($p = 0,007$).

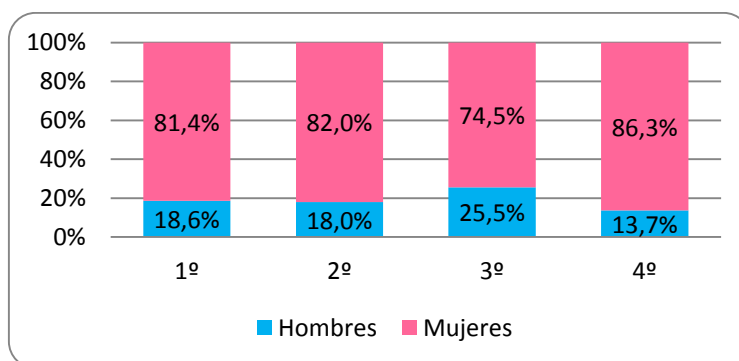


Gráfico 7. Distribución de la muestra a razón del sexo y curso

Por último en lo que al sexo se refiere, cabría describir la frecuencia y porcentaje de alumnos por sexo, curso y centro que hay en la muestra. Así para la EUECREM, , en primer curso hay 14 (21,5%) estudiantes de sexo masculino, por 51 (78,5%) del sexo femenino; en segundo curso 9 (12,3%) estudiantes de sexo masculino, por 64 (87,7%) del sexo femenino; en tercer curso 16 (27,6%) estudiantes de sexo masculino, por 42 (72,4%) del sexo femenino; finalmente en cuarto curso hay 9 (17,3%) estudiantes de sexo masculino, por 43 (82,7%) del sexo femenino.

Por su parte, en la FEFP, en primer curso hay 43 (17,8%) estudiantes de sexo masculino, por 198 (82,2%) del sexo femenino; en segundo curso 45 (19,8%) estudiantes de sexo masculino, por 182 (80,2%) del sexo femenino; en tercer curso 34 (24,6%) estudiantes de sexo masculino, por 104 (75,4%) del sexo femenino; por último en el cuarto curso hay 28 (12,8%) estudiantes de sexo masculino, por 190 (87,2%) del sexo femenino.

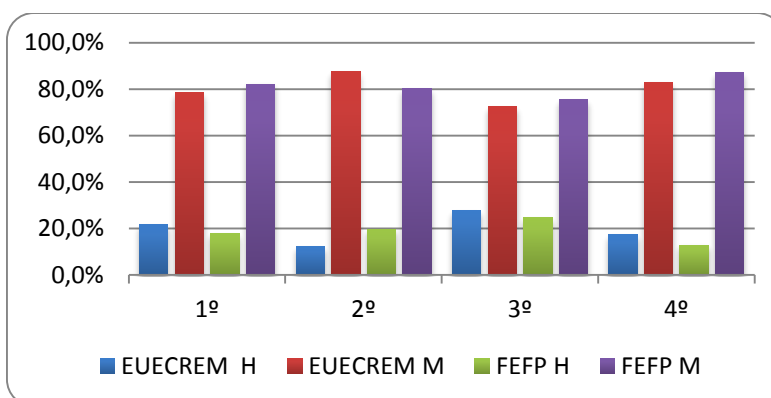


Gráfico 8. Distribución de la muestra a razón del sexo, curso y centro

En base a lo expuesto, se hallan diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres de tercero respecto a las de cuarto en la FEFP, siendo mayor la proporción de mujeres en cuarto que en tercero ($p = 0,03$).

Edad:

La media de edad del total de encuestados (1072) es de 21,93 años, con una desviación típica de 5,26 años, siendo la edad de los participantes más jóvenes de 18 años y la edad de los participantes más mayores de 55 años.

Por su parte la media de edad para la EUECREM es de 21,59 años, con una desviación típica de 4,48 años, siendo la edad de los más jóvenes de 18 años, y la edad de los participantes más mayores de 51 años. Por su parte para la FEFP la media de edad de los encuestados es de 22,03 años, con una desviación típica de 5,47 años, siendo la edad de los más jóvenes de 18 años, y la edad de los participantes más mayores de 55 años. Destaca que no se observan diferencias significativas entre las edades medias de ambos centros.

5.1.2. Análisis descriptivo del resto de variables

A continuación pasaremos a describir el resto de variables. Cada una de las ellas será descrita para el total de la muestra, por centro, por curso, y en su caso, aquellas que por sus características lo requieran por sexo.

Presencia de fallecimiento durante su periodo de prácticas clínicas:

A los alumnos se les hacía la siguiente pregunta: “¿Ha presenciado durante su periodo de prácticas clínicas el fallecimiento de algún paciente?”

Tras ello se especificaba que dicha afirmación únicamente debía ser contestada por aquellos estudiantes que habían cursado prácticas clínicas, es decir, quedaban exentos de contestar los alumnos de primer curso. Así únicamente las respuestas posibles eran “Sí” y “No”.

Total de estudiantes:

Del total de estudiantes, 641 personas contestaron “sí” (59,8%), por 125 que contestaron “no” (11,7%). Así pues, 306 (28,5%) no contestaron debido a que aún no habían realizado prácticas clínicas.

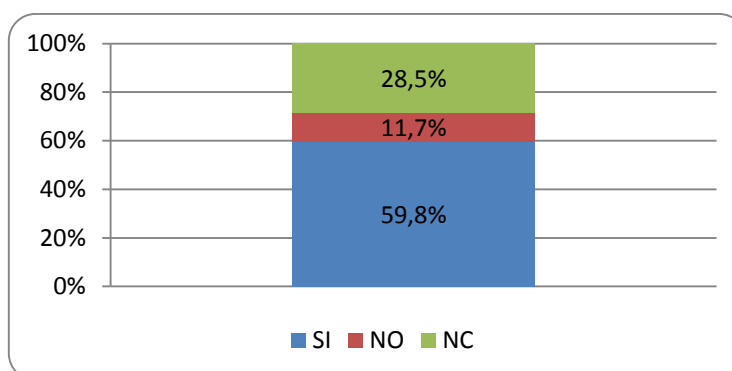


Gráfico 9. Presencia de un fallecimiento para el total de la muestra

Por centro:

En la EUECREM contestaron sí 135 personas (54,4%), 48 (19,4%) que no y 65 (26,2%) no contestaron debido a que aún no habían cursado prácticas clínicas. Por su parte para la FEFP contestaron sí 506 personas (61,4%), 77 (9,3%) que no y 241 (29,3%) no contestaron debido a que aún no habían cursado prácticas clínicas.

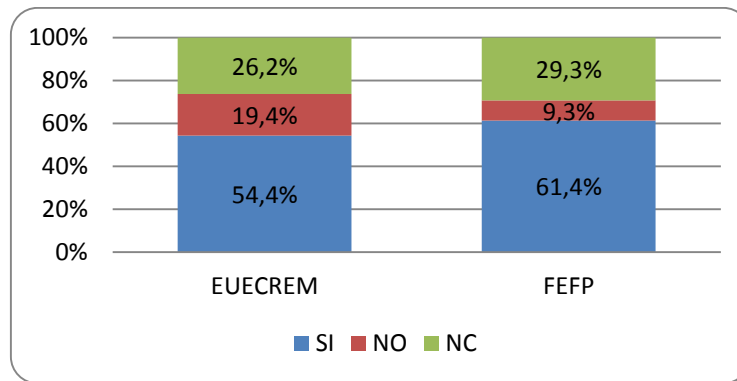


Gráfico 10. Presencia de un fallecimiento por centro

Si eliminamos los resultados de aquellos estudiantes que no han podido presenciar fallecimiento, por no haber realizado prácticas tuteladas, obtenemos los siguientes resultados. En la EUECREM contestaron sí 135 personas (73,77%), 48 (26,23%) que no. Por su parte para la FEFP contestaron sí 506 personas (86,79%), 77 (13,21%) que no.

Podemos referir así, que de manera estadísticamente significativa ($p = 0,000$), en la EUECREM los estudiantes han presenciado menos fallecimientos que en la FEFP.

Por curso:

Obviando el primer curso por lo ya referido anteriormente, los resultados que se obtienen por curso para el total de la muestra son los siguientes:

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
2º	NO	74	24,7%
	SI	226	75,3%
3º	NO	39	19,9%
	SI	157	80,1%
4º	NO	12	4,4%
	SI	258	95,6%

Tabla 9. Presencia de un fallecimiento por curso

Observamos que el porcentaje de alumnos que ha presenciado un fallecimiento es mayor a medida que se avanza de curso, si bien, únicamente las diferencias son estadísticamente significativas entre 2º-4º y 3º-4º ($p = 0,000$).

Centrándonos en cada uno de los cursos y centros, la distribución es la siguiente:

- Segundo curso: En la EUECREM 29 si presenciaron un fallecimiento, mientras que 44 no, es decir, un 39,7% y 60,3% respectivamente.
En la FEFP 197 si presenciaron un fallecimiento, por 30 que no, es decir, un 86,8% y 13,2% respectivamente.
- Tercer curso: En la EUECREM 55 si presenciaron un fallecimiento, mientras que 3 no, es decir, un 94,8% y 5,2% respectivamente.
En la FEFP 102 (73,9%) si presenciaron un fallecimiento, por 36 (26,1%) que no.
- Cuarto curso: En la EUECREM 51 (98,1%) si presenciaron un fallecimiento, mientras que 1 (1,9%) no.
En la FEFP 207 si presenciaron un fallecimiento, por 11 que no, es decir, un 95% y 5% respectivamente.

A través del siguiente gráfico se puede observar la evolución respecto al porcentaje de alumnos que han presenciado y no presenciado un fallecimiento durante sus prácticas tuteladas.

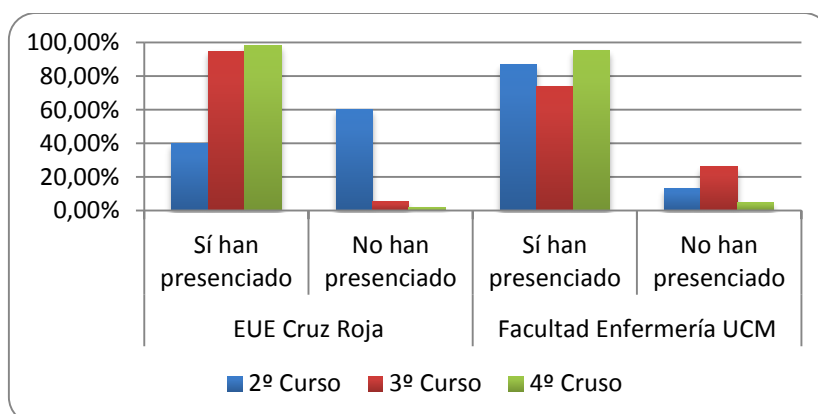


Gráfico 11. Presencia de un fallecimiento por centro y curso

Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales:

A los alumnos se les hacía la siguiente pregunta: “¿Se siente usted preparado desde un punto de vista asistencial para cuidar a enfermos terminales? como por ejemplo, cómo comunicarse con ellos, qué información darles, etc.”. Dicha pregunta podía responderse desde “Nada” a “Mucho”

Total de estudiantes:

Del total de la muestra, se obtuvo una puntuación media de 2,98 puntos, con una desviación típica de 0,823. Así la preparación auto-percibida de los estudiantes para cuidar enfermos terminales desde un punto de vista asistencial se puede considerar “regular”.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para el total de la muestra:

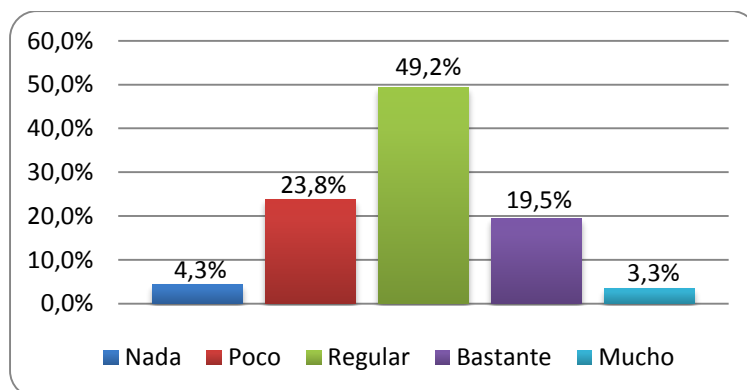


Gráfico 12. Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales

Por centro:

En la EUECREM se obtuvo una puntuación media de 3,01 con una desviación típica de 0,89, es decir, la auto-percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales era “regular”. Por su parte para la FEFP se obtuvo una media de 2,92 con una

desviación típica de 0,84, indicando de nuevo una auto-percepción “regular”. No se hallan diferencias significativas entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP ($p = 0,105$).

A través del siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para cada uno de los centros:

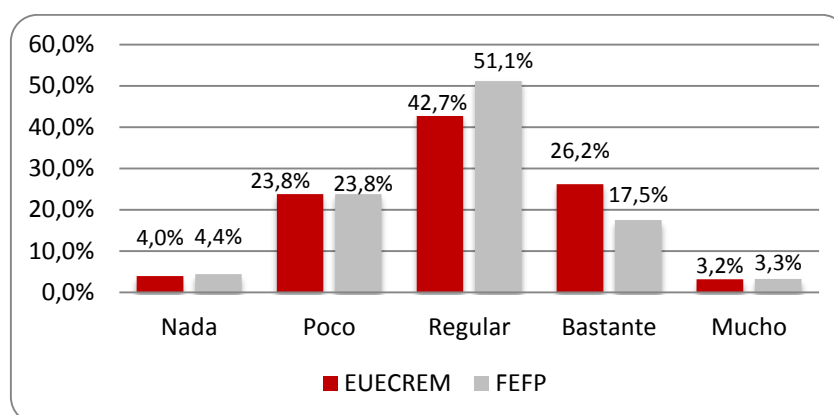


Gráfico 13. Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por centro

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, con independencia del centro en el que se encuentren cursando sus estudios, los resultados obtenidos son los siguientes:

- Primer curso: Una media de 2,82, con una desviación típica de 0,924.
- Segundo curso: Una media de 2,88, con una desviación típica de 0,740.
- Tercer curso: Una media de 2,98, con una desviación típica de 0,891.
- Cuarto curso: Una media de 3,09, con una desviación típica de 0,846.

A través del siguiente gráfico se puede observar la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso:

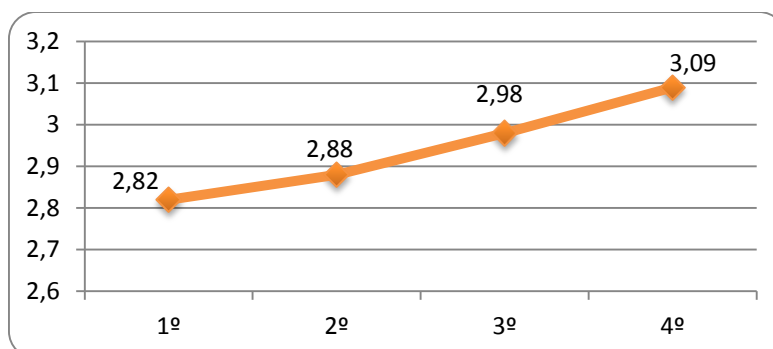


Gráfico 14. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por curso

A razón de los resultados expuestos podemos evidenciar que existen diferencias significativas entre las puntuaciones de 1º y 4º ($p = 0,001$), y entre 2º y 4º ($p = 0,033$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones del curso superior.

Centrándonos en cada uno de los cursos y centros los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Primer curso: En la EUECREM se obtuvo una media de 2,86 y una desviación típica de 1,03. En la FEFP una media de 2,81 y una desviación típica de 0,89.
- Segundo curso: En la EUECREM una media 2,86 de y una desviación típica de 0,75. En la FEFP una media 2,89 de y una desviación típica de 0,74.
- Tercer curso: En la EUECREM una media de 3,34 y una desviación típica de 0,89. En la FEFP una media de 2,83 y una desviación típica de 0,85.
- Cuarto curso: En la EUECREM una media de 3,02 y una desviación típica de 0,80. En la FEFP una media de 3,11 y una desviación típica de 0,85.

Así se puede observar a través del siguiente gráfico la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso y centro:

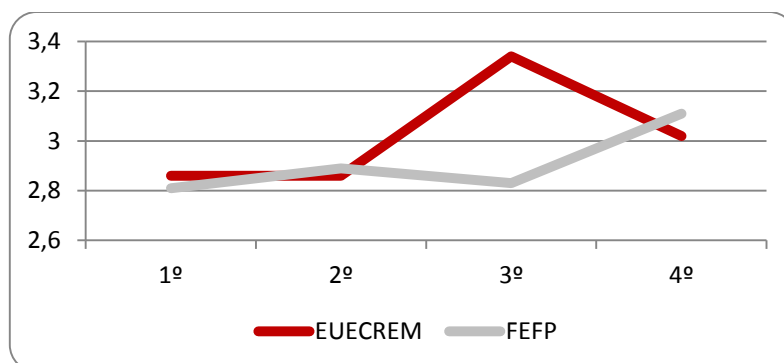


Gráfico 15. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por curso y centro

En base a los resultados expuestos podemos referir lo siguiente:

Si comparamos las puntuaciones obtenidas por cursos y centros, encontramos diferencias estadísticamente significativas en tercer curso entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP ($p = 0,000$), siendo superiores las de la EUECREM.

Por otra parte, en lo que a evolución de puntuaciones se refiere en cada centro, en la EUECREM se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de 2º y 3º ($p = 0,008$) y entre 1º y 3º ($p = 0,011$), siendo superiores en ambos casos las puntuaciones de tercero. Por su parte en la FEFP se observan diferencias significativas entre 1º y 4º curso ($p = 0,002$), y entre 3º y 4º ($p = 0,027$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones de cuarto curso.

Por sexo:

Por último, haciendo referencia al sexo, podemos observar que las mujeres obtienen una puntuación media de 2,89, con una desviación estándar de 0,83, mientras que los hombres obtienen una puntuación media de 3,13, con una desviación estándar de 0,93, pudiendo así referir que ambos tienen una auto-percepción “regular”. De los

resultados se desprende que la diferencia entre las puntuaciones de mujeres y hombres es estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Ahondando en cada uno de los centros, la media obtenida en la EUECREM para las mujeres es de 2,95 con una desviación estándar de 0,849, mientras que para los hombres es de 3,25 y 1,021 de desviación estándar. Por su parte en la FEFP, se ha obtenido una media de 2,88 y una desviación estándar de 0,826 para las mujeres, mientras que para los hombres se obtiene una media de 3,09 y una desviación estándar de 0,904.

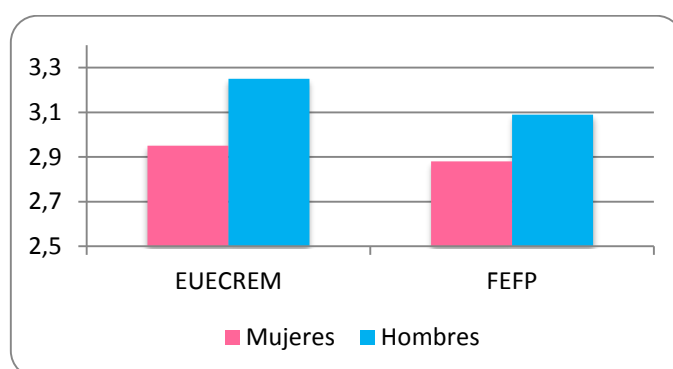


Gráfico 16. Preparación asistencial para cuidar enfermos terminales por sexo y centro

Podemos referir que en ambos centros las puntuaciones de los hombres son superiores a la de las mujeres, de forma estadísticamente significativa ($p = 0,016$ (EUECREM) y $p = 0,009$ (FEFP)).

Por su parte, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre centros con respecto a la puntuación de los sexos.

Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales:

A los alumnos se les hacía la siguiente pregunta: “¿Se siente usted preparado desde un punto de vista asistencial para cuidar a enfermos no terminales? como por ejemplo, cómo comunicarse con ellos, qué información darles, etc.”. Dicha pregunta podía responderse desde “Nada” a “Mucho”

Total de estudiantes:

Del total de la muestra se obtuvo una puntuación media de 3,91 puntos con una desviación típica de 0,697. Así, la preparación auto-percibida de los estudiantes para cuidar enfermos no terminales desde un punto de vista asistencial se puede considerar “bastante”.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para el total de la muestra:

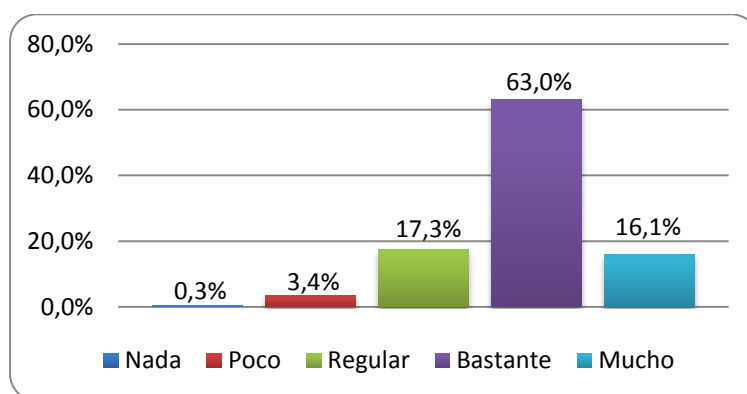


Gráfico 17. Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales

Por centro:

En la EUECREM se obtuvo una puntuación media de 3,88 puntos con una desviación típica de 0,73, es decir, la auto-percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales es cercana a “bastante”. Por su parte para la FEFP la puntuación media fue de 3,92 con una desviación típica de 0,68, indicando de nuevo una auto-percepción muy cercana a “bastante”.

Podemos referir así que no se hallan diferencias significativas entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP ($p = 0,416$).

A través del siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para cada uno de los centros:

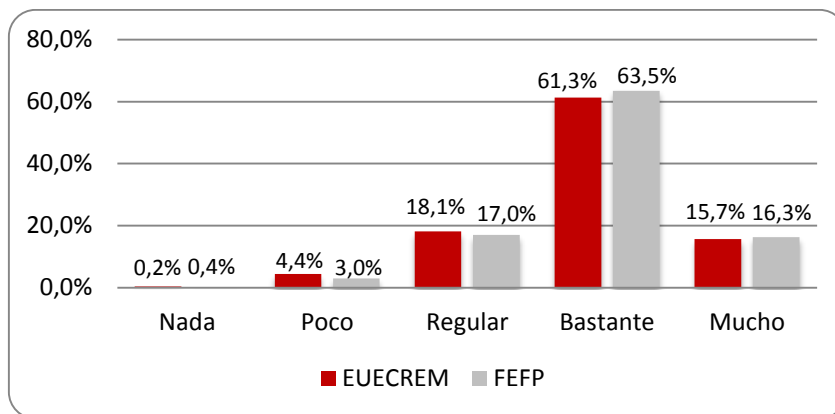


Gráfico 18. Disposición de respuesta. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por centro

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, con independencia del centro en el que se encuentren cursando sus estudios, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Primer curso: Una media de 3,66, con una desviación típica de 0,828.
- Segundo curso: Una media de 3,89, con una desviación típica de 0,644.
- Tercer curso: Una media de 4,07, con una desviación típica de 0,603.
- Cuarto curso: Una media de 4,12, con una desviación típica de 0,546.

A través del siguiente gráfico se puede observar la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso:

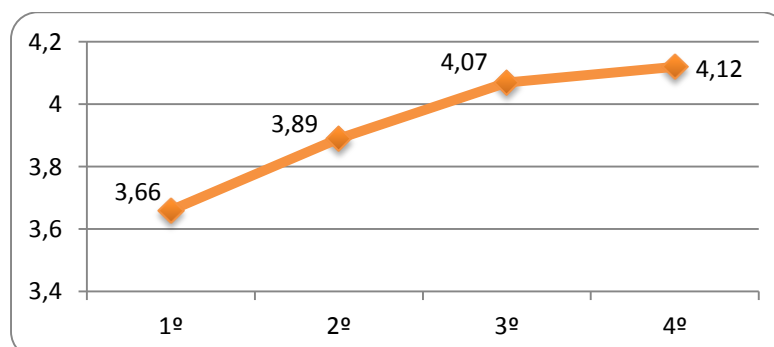


Gráfico 19. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por curso

A razón de los resultados expuestos podemos evidenciar que existe una diferencia estadísticamente significativa en todas las puntuaciones entre cursos, a excepción de tercer y cuarto curso.

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
1º-2º	-77,855	21,653	-3,596	,000	,002
1º-3º	-153,480	24,382	-6,295	,000	,000
1º-4º	-167,114	22,252	-7,510	,000	,000
2º-3º	-75,626	24,477	-3,090	,002	,012
2º-4º	-89,259	22,356	-3,993	,000	,000
3º-4º	-13,633	25,009	-,545	,586	1,000

Imagen 1. Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes. Curso y preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales. Comparaciones por parejas

Centrándonos en cada uno de los cursos y centros, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Primer curso: En la EUECREM se obtuvo una media de 3,58 y una desviación típica de 0,9. En la FEFP una media de 3,68 con una desviación típica de 0,80.
- Segundo curso: En la EUECREM una media 3,77 con una desviación típica de 0,717. En la FEFP una media 3,93 de y una desviación típica de 0,616.
- Tercer curso: En la EUECREM una media de 4,22 y una desviación típica de 0,563. En la FEFP una media de 4,01 con una desviación típica de 0,61.
- Cuarto curso: En la EUECREM una media de 4 con una desviación típica de 0,485. En la FEFP una media de 4,15 y una desviación típica de 0,557.

Así se puede observar a través del siguiente gráfico la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso y centro:

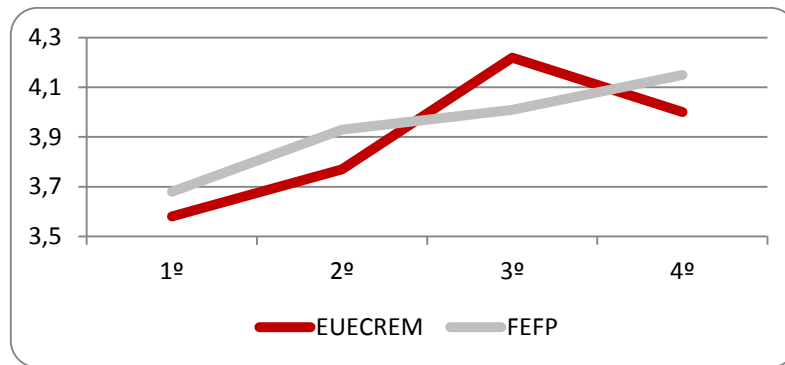


Gráfico 20. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por curso y centro

En base a los resultados expuestos podemos referir lo siguiente:

Si comparamos las puntuaciones obtenidas por cursos y centros, encontramos diferencias estadísticamente significativas en tercer curso entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP ($p = 0,025$).

Por otra parte, en lo que a evolución de puntuaciones se refiere en cada centro, en la EUECREM se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de 1º y 4º ($p = 0,044$), 1º y 3º ($p = 0,000$) y 2º y 3º ($p = 0,002$), siendo superiores en todos los casos las puntuaciones del curso mayor. Por su parte en la FEFP se observan diferencias significativas entre 1º y 2º curso ($p = 0,002$), 1º y 3º ($p = 0,000$), 1º y 4º ($p = 0,000$), y entre 2º y 4º ($p = 0,003$) siendo en todos los casos superiores las puntuaciones del curso mayor.

Por sexo:

Finalmente, haciendo referencia al sexo, podemos observar que las mujeres obtienen una puntuación media de 3,89, con una desviación estándar de 0,69, mientras que los hombres obtienen una puntuación media de 4,02, con una desviación estándar de 0,69, pudiendo referir así que ambos tienen una auto-percepción que se podría considerar como “bastante”. Por otro lado, de los resultados se desprende que la diferencia entre las puntuaciones de mujeres y hombres es estadísticamente significativa ($p = 0,010$).

Ahondando en cada uno de los centros, la media obtenida en EUECREM para las mujeres es de 3,84, con una desviación estándar de 0,705, mientras que para los hombres es de 4,02 y 0,838 de desviación estándar. Por su parte en la FEFP, se ha obtenido una media de 3,90 y una desviación estándar de 0,695 para las mujeres, mientras que para los hombres se obtiene una media de 4,02 y una desviación estándar de 0,64.

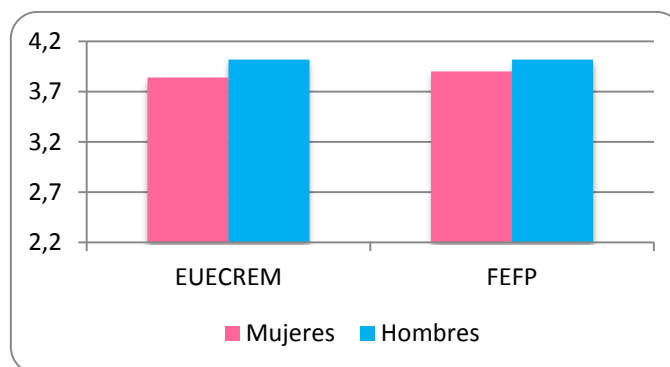


Gráfico 21. Preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales por sexo y centro

A razón de dichos datos, podemos desprender que en ambos centros las puntuaciones de los hombres son superiores a la de las mujeres, si bien éstas únicamente son estadísticamente significativas en el caso de la EUECREM ($p = 0,047$).

Por su parte, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre centros con respecto a la puntuación de los sexos.

Preparación emocional para cuidar enfermos terminales:

A los alumnos se les hacía la siguiente pregunta: “¿Se siente usted preparado desde un punto de vista emocional para cuidar a enfermos terminales?” Dicha pregunta podía responderse desde “Nada” a “Mucho”.

Total de estudiantes:

Para el total de la muestra se obtuvo una puntuación media de 3,2 puntos, con una desviación típica de 0,88. Así, la preparación emocional auto-percibida para cuidar enfermos terminales, se puede calificar como “regular”.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para el total de la muestra:

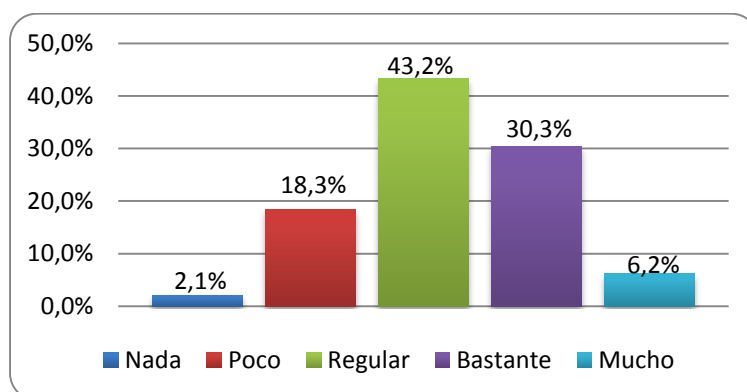


Gráfico 22. Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales

Por centro:

En la EUECREM se obtuvo una puntuación media de 3,03 con una desviación típica de 0,88, mientras que en la FEFP la media fue de 3,25 con una desviación típica de 0,87. Así, en ambos casos la auto-percepción en relación a la preparación emocional para cuidar enfermos terminales, se puede considerar “regular”.

En base a los resultados expuestos, podemos afirmar que existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en ambos centros ($p = 0,000$).

A través del siguiente gráfico podemos observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para cada uno de los centros:

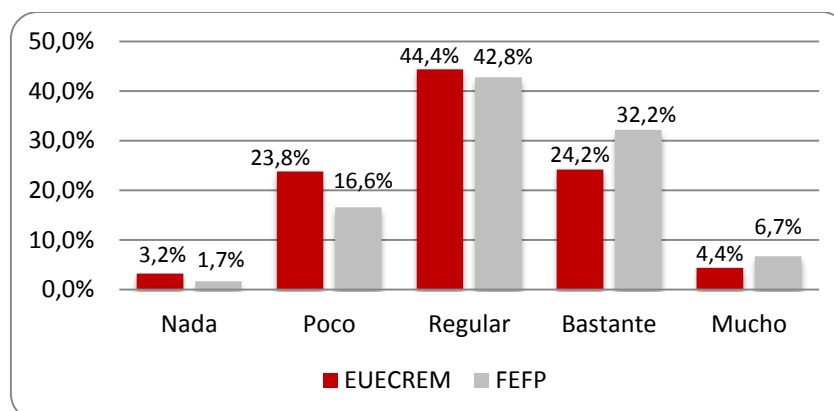


Gráfico 23. Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por centro

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, con independencia del centro en el que se encuentren cursando sus estudios, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Primer curso: Una media de 3,02, con una desviación típica de 0,907.
- Segundo curso: Una media de 3,13, con una desviación típica de 0,824.
- Tercer curso: Una media de 3,31, con una desviación típica de 0,9.
- Cuarto curso: Una media de 3,42, con una desviación típica de 0,84.

A razón del siguiente gráfico se puede observar la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso:

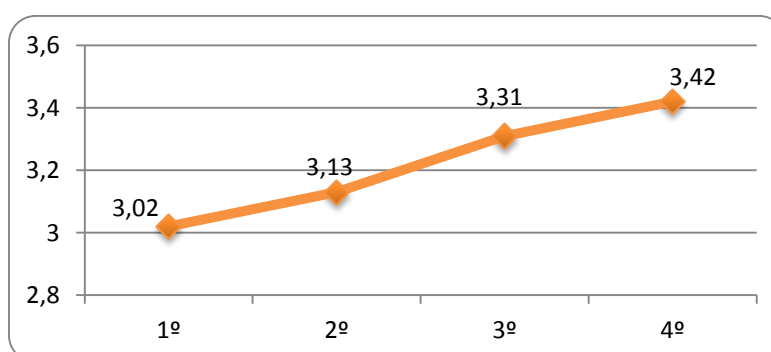


Gráfico 24. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por curso

A razón de los resultados expuestos podemos evidenciar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de 1º y 3º ($p = 0,002$), 1º y 4º ($p = 0,000$) y 2º y 4º ($p = 0,001$), siendo en todos los casos mayores las puntuaciones de los cursos superiores.

Centrándonos en cada uno de los cursos y centros los resultados obtenidos son los siguientes:

- Primer curso: En la EUECREM se obtuvo una media de 2,86 y una desviación típica de 0,998. En la FEFP una media de 3,06 y una desviación típica de 0,878.
- Segundo curso: En la EUECREM una media 2,88 de y una desviación típica de 0,816. En la FEFP una media 3,21 de y una desviación típica de 0,813.
- Tercer curso: En la EUECREM una media de 3,31 y una desviación típica de 0,842. En la FEFP una media de 3,31 y una desviación típica de 0,927.
- Cuarto curso: En la EUECREM una media de 3,13 y una desviación típica de 0,817. En la FEFP una media de 3,49 y una desviación típica de 0,833.

A razón del siguiente gráfico se puede observar la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso y centro:

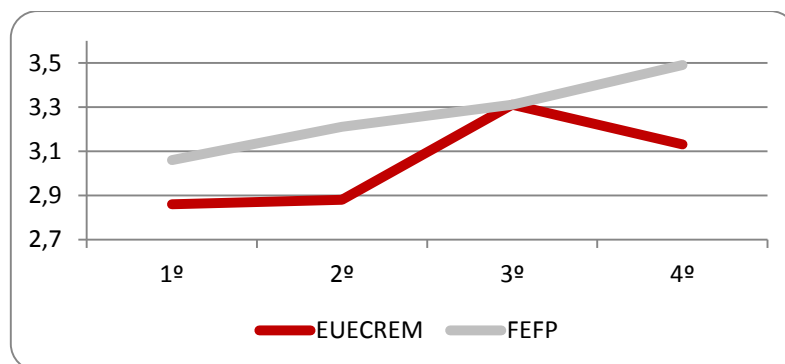


Gráfico 25. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por curso y centro

En base a los resultados expuestos podemos referir lo siguiente:

Si comparamos las puntuaciones obtenidas por cursos y centros, encontramos diferencias estadísticamente significativas en segundo ($p = 0,002$) y cuarto ($p = 0,013$) curso, entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP.

Por otra parte, en lo que a evolución de puntuaciones se refiere en cada centro, en la EUECREM se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de 1º y 3º ($p = 0,034$), 2º y 3º ($p = 0,03$) y 2º y 3º ($p = 0,002$), siendo superiores en todos los casos las puntuaciones del curso mayor. Por su parte en la FEFP se observan diferencias significativas entre 1º y 3º curso ($p = 0,030$), 1º y 4º ($p = 0,000$), y entre 2º y 4º ($p = 0,009$), siendo en todos los casos superiores las puntuaciones del curso mayor.

Por sexo:

Por último, haciendo referencia al sexo, podemos observar que las mujeres obtienen una puntuación media de 3,11 puntos, con una desviación estándar de 0,83, mientras que los hombres obtienen una puntuación media de 3,61 puntos, con una desviación estándar de 0,95. Entendiéndose así que los hombres obtienen una puntuación más próxima a “bastante”, mientras que en las mujeres su puntuación es más cercana a “regular” en lo que preparación emocional para cuidar enfermos terminales se refiere.

Podemos referir así que dicha diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,000$)

Ahondando en cada uno de los centros, la media obtenida en la EUECREM para las mujeres es de 2,92, con una desviación estándar de 0,83, mientras que para los hombres es de 3,48 y 0,98 de desviación estándar. Por su parte en la FEFP, se ha obtenido

una media de 3,17 y una desviación estándar de 0,83 para las mujeres, mientras que para los hombres se obtiene una media de 3,65 y una desviación estándar de 0,93.

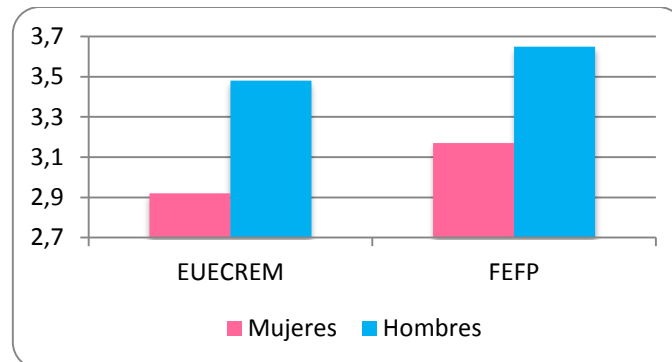


Gráfico 26. Preparación emocional para cuidar enfermos terminales por sexo y centro

De dichos datos, podemos desprender que en ambos centros las puntuaciones de los hombres son superiores a la de las mujeres, siendo en ambos estadísticamente significativas ($p = 0,009$).

Por su parte, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las mujeres de la EUECREM y la FEFP, siendo superiores la de éstas últimas ($p = 0,000$).

Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales:

A los alumnos se les hacía la siguiente pregunta: “¿Se siente usted preparado desde un punto de vista emocional para cuidar a personas enfermas no terminales?” Dicha pregunta podía responderse desde “Nada” a “Mucho”.

Total de estudiantes:

Del total de la muestra se obtuvo una puntuación media de 4,17 con una desviación típica de 0,65. Así, la preparación emocional auto-percibida para cuidar enfermos no terminales se puede calificar de “bastante”.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para el total de la muestra:

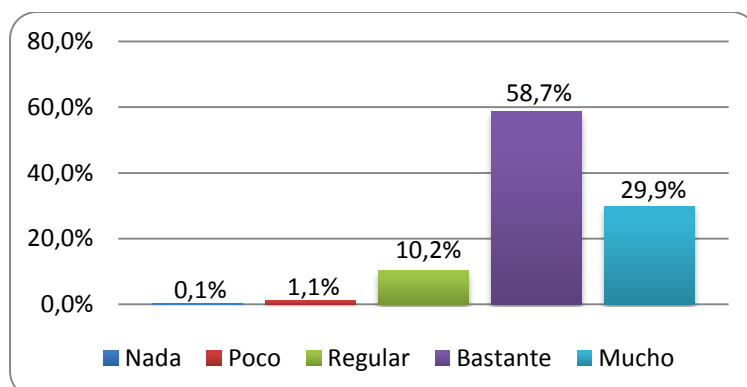


Gráfico 27. Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales

Por centro:

En la EUECREM se obtuvo una puntuación media de 4,09 con una desviación típica de 0,69. Por su parte para la FEFP la media fue de 4,2 con una desviación típica de 0,637, pudiendo referir así, que ambos centros obtuvieron puntuaciones de auto-percepción algo encima de “bastante”. Se observa que existen diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos centros ($p = 0,049$).

A través del siguiente gráfico se puede observar la distribución de porcentajes según la disposición de respuesta para cada uno de los centros:

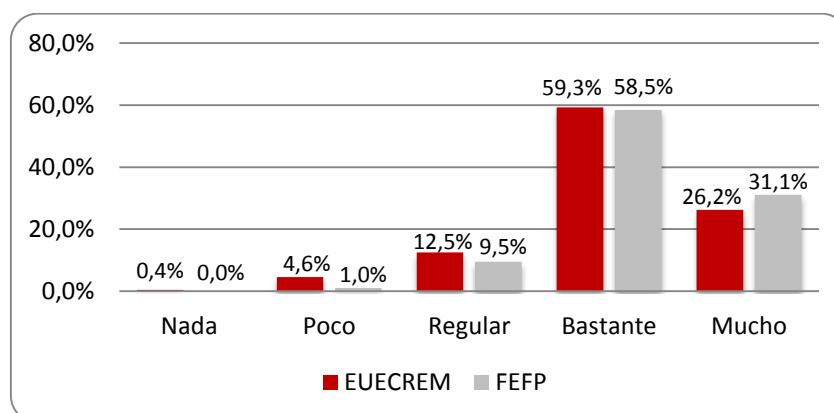


Gráfico 28. Disposición de respuesta. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por centro

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, con independencia del centro en el que se encuentren cursando sus estudios, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Primer curso: Una media de 4,02, con una desviación típica de 0,706.
- Segundo curso: Una media de 4,13, con una desviación típica de 0,637.
- Tercer curso: Una media de 4,30, con una desviación típica de 0,596.
- Cuarto curso: Una media de 4,30, con una desviación típica de 0,601.

A través del siguiente gráfico se puede observar la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso:

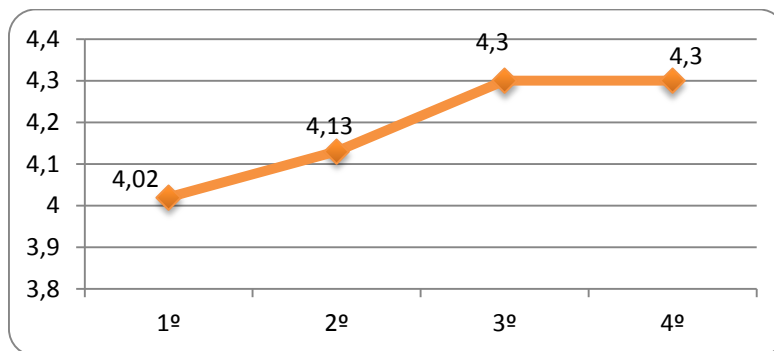


Gráfico 29. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por curso

A razón de los resultados expuestos en la imagen 2, podemos evidenciar existen diferencias significativas entre las puntuaciones de todos los cursos a excepción de las puntuaciones de 1º y 2º, y 3º y 4º.

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
1º-2º	-38,345	22,075	-1,737	,082	,494
1º-3º	-111,694	24,857	-4,494	,000	,000
1º-4º	-112,966	22,685	-4,980	,000	,000
2º-3º	-73,349	24,953	-2,939	,003	,020
2º-4º	-74,621	22,791	-3,274	,001	,006
3º-4º	-1,272	25,495	-,050	,960	1,000

Imagen 2. Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes. Curso y preparación emocional para cuidar enfermos no terminales. Comparaciones por parejas

Centrándonos en cada uno de los cursos, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Primer curso: En la EUECREM se obtuvo una media de 3,89 y una desviación típica de 0,773. En la FEFP una media de 4,05 y una desviación típica de 0,684.
- Segundo curso: En la EUECREM una media 3,99 de y una desviación típica de 0,717. En la FEFP una media 4,17 de y una desviación típica de 0,603.
- Tercer curso: En la EUECREM una media de 4,34 y una desviación típica de 0,548. En la FEFP una media de 4,28 y una desviación típica de 0,616.
- Cuarto curso: En la EUECREM una media de 4,21 y una desviación típica de 0,684. En la FEFP una media de 4,33 y una desviación típica de 0,599.

Así se puede observar a través del siguiente gráfico la evolución respecto a la media de puntuaciones obtenidas por curso y centro:

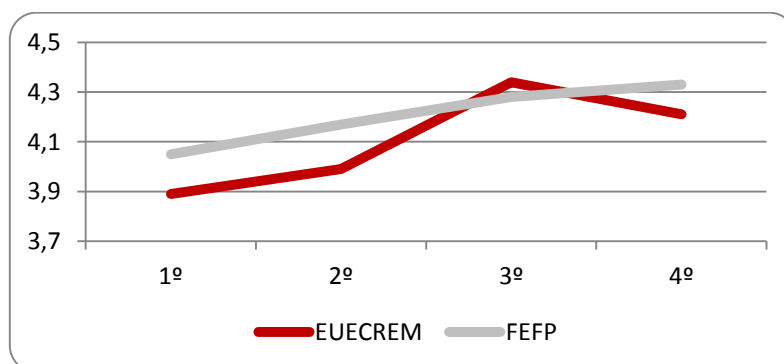


Gráfico 30. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por curso y centro

En base a los resultados expuestos podemos referir lo siguiente:

Si comparamos las puntuaciones obtenidas por cursos y centros, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de la EUECREM y la FEFP.

Por otra parte, en lo que a evolución de puntuaciones se refiere en cada centro, en la EUECREM se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de 1º y 3º ($p = 0,003$), y entre 2º y 3º ($p = 0,024$), siendo superiores en ambos casos las puntuaciones de tercero. Por su parte en la FEFP se observan diferencias significativas entre 1º y 3º ($p = 0,008$), 1º y 4º ($p = 0,000$), 2º y 4º ($p = 0,000$), siendo en todos los casos superiores las puntuaciones del curso mayor.

Por sexo:

Por último, haciendo referencia al sexo, podemos observar que las mujeres obtienen una puntuación media de 4,12, con una desviación estándar de 0,65, mientras que los hombres obtienen una puntuación media de 4,38, con una desviación estándar de 0,62, siendo la diferencia entre ambos sexos estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Ahondando en cada uno de los centros, la media obtenida en la EUECREM para las mujeres es de 4,04, con una desviación estándar de 0,69, mientras que para los hombres es de 4,31 y 0,69 de desviación estándar. En cuanto a la FEFP, se ha obtenido una media de 4,15 y una desviación estándar de 0,64 para las mujeres, mientras que para los hombres se obtiene una media de 4,41 y una desviación estándar de 0,60.

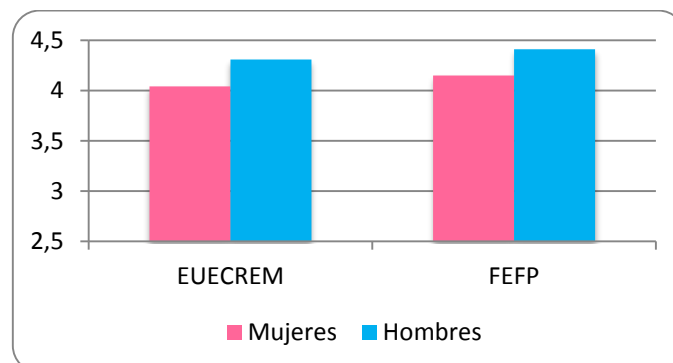


Gráfico 31. Preparación emocional para cuidar enfermos no terminales por sexo y centro

De dichos datos, podemos desprender que en ambos centros las puntuaciones de los hombres son superiores a la de las mujeres, de manera estadísticamente significativas ($p = 0,011$ en la EUECREM y $p = 0,000$ en la FEFP).

Por su parte, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre centros con respecto a la puntuación de los sexos.

Predilección laboral:

Se planteaba al estudiante la siguiente cuestión: “Valore de 1 a 7 su nivel de no deseo-deseo para cada una de las siguientes afirmaciones acerca del lugar donde le gustaría desempeñar su labor profesional una vez finalizados sus estudios”, sabiendo que 1 es “no lo desearía en absoluto” y 7 “lo desearía muchísimo”. Los lugares planteados eran los siguientes: trabajar con enfermos en un hospital de agudos; trabajar con enfermos terminales de cáncer; trabajar con enfermos en atención primaria; trabajar con enfermos pediátricos; trabajar con enfermos terminales geriátricos; trabajar con enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos; trabajar con enfermos en urgencias.

Total de estudiantes:

Para cada uno de los lugares propuestos, y para el total de la muestra, se obtuvieron los siguientes resultados:

	Media	Desv. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	4,99	1,389
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,88	1,601
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,53	1,736
Trabajar con enfermos pediátricos	4,99	1,837
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,73	1,649
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,14	1,491
Trabajar con enfermos en urgencias	5,75	1,379

Tabla 10. *Predilección laboral para el total de la muestra*

Así, podemos referir que la media de todos los lugares de trabajo se sitúa en 4,71. En base a dicha media, podemos observar que los lugares que se sitúan por encima de la media son: trabajar en un hospital de agudos; trabajar con enfermos pediátricos; trabajar con enfermos ingresados en UCI; y trabajar con enfermos en urgencias. Por el contrario, se sitúan por debajo de la media: trabajar con enfermos terminales de cáncer; trabajar con enfermos en atención primaria; y trabajar con enfermos terminales geriátricos. Esto se puede observar a través del siguiente gráfico

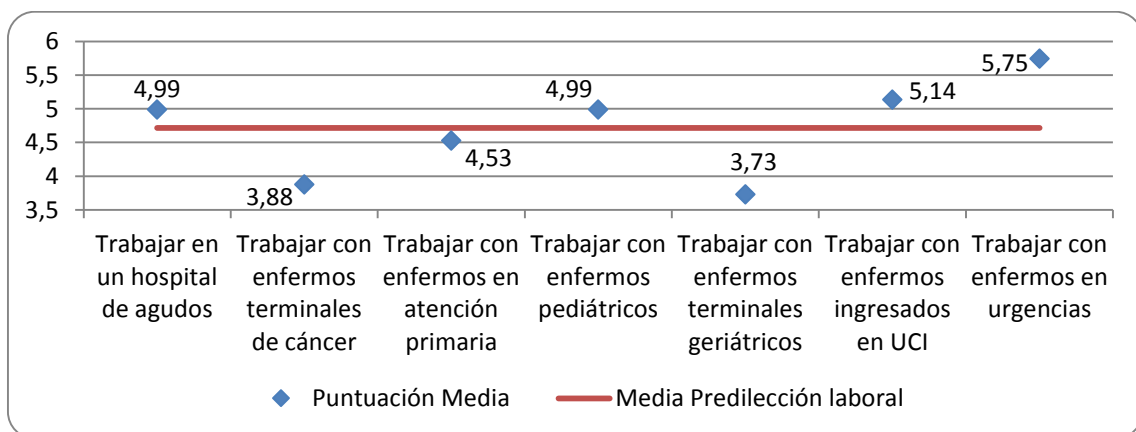


Gráfico 32. *Predilección laboral para el total de la muestra*

A razón de los resultados obtenidos y del presente gráfico, podemos observar que la menor predilección laboral se da hacia los cuidados con enfermos terminales, bien de cáncer o geriátricos, así como trabajar con enfermos en atención primaria; mientras que los mayores índices de predilección laboral se presentan a la hora de querer trabajar con enfermos en urgencias y enfermos ingresados en UCI.

Por centro:

Los resultados acerca de la predilección laboral para cada uno de los centros fueron los siguientes:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	4,94	1,420	5,01	1,380
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,76	1,646	3,92	1,586
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,17	1,692	4,63	1,736
Trabajar con enfermos pediátricos	5,19	1,799	4,94	1,846
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,82	1,668	3,70	1,643
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,15	1,514	5,14	1,486
Trabajar con enfermos en urgencias	5,82	1,371	5,73	1,381

Tabla 11. *Predilección laboral por centro*

De forma gráfica la predilección para cada uno de los lugares y centros es la siguiente:

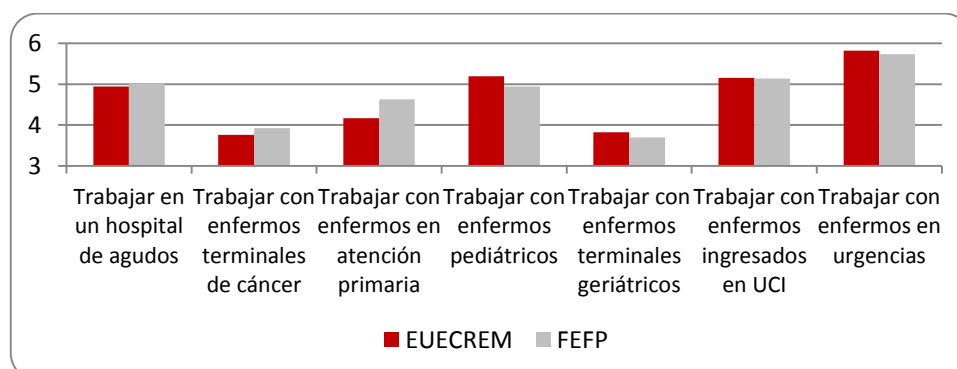


Gráfico 33. *Predilección laboral por centro*

Destaca que únicamente se hallan diferencias estadísticamente significativas entre centros a la hora de la predilección laboral por trabajar en atención primaria, siendo la predilección de los alumnos de la FEFP superior a la de la EUECREM ($p = 0,000$)

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, con independencia del centro en que se encuentren los estudiantes, los resultados obtenidos son los siguientes:

- Primer curso:

	Media	Desv. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	4,47	1,410
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,58	1,575
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,29	1,667
Trabajar con enfermos pediátricos	5,36	1,715
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,08	1,576
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,09	1,388
Trabajar con enfermos en urgencias	5,75	1,330

Tabla 12. Predilección laboral por curso (1º)

- Segundo curso:

	Media	Desv. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	4,81	1,265
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,88	1,566
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,23	1,593
Trabajar con enfermos pediátricos	5,17	1,720
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,86	1,553
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,17	1,410
Trabajar con enfermos en urgencias	5,73	1,322

Tabla 13. Predilección laboral por curso (2º)

- Tercer curso:

	Media	Desv. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,21	1,311
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,82	1,508
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,59	1,950
Trabajar con enfermos pediátricos	4,94	1,816
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,81	1,643
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,25	1,534
Trabajar con enfermos en urgencias	5,73	1,464

Tabla 14. *Predilección laboral por curso (3º)*

- Cuarto curso:

	Media	Desv. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,63	1,272
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	4,27	1,658
Trabajar con enfermos en atención primaria	5,08	1,672
Trabajar con enfermos pediátricos	4,41	1,973
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	4,26	1,611
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,09	1,656
Trabajar con enfermos en urgencias	5,79	1,436

Tabla 15. *Predilección laboral por curso (4º)*

De forma gráfica, la predilección laboral puntúa de la siguiente manera a razón del curso:

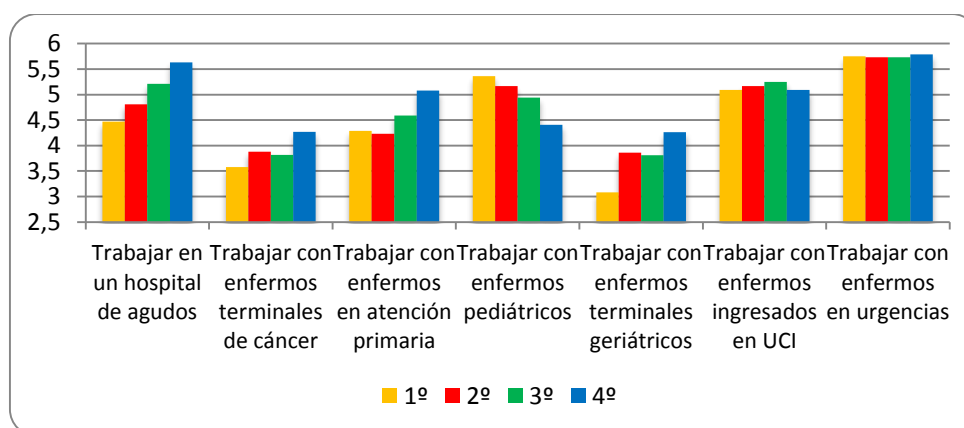


Gráfico 34. *Predilección laboral por curso*

Destaca que para los cinco primeros lugares, la predilección aumenta a medida que avanza la carrera, así la predilección es mayor en cuarto que en primero, siempre de manera estadísticamente significativa ($p = 0,000$), a excepción de la predilección por trabajar con enfermos pediátricos, la cual disminuye a medida que avanza la carrera ($p = 0,000$). Entre dichos incrementos, destaca la predilección por “trabajar con enfermos terminales geriátricos”, predilección que experimenta la mayor diferencia de puntuaciones entre primero y cuarto (1,174 puntos).

Por su parte, la predilección por trabajar con enfermos ingresados en UCI, y con enfermos en urgencias, se mantiene estable durante los cuatro años de carrera, no evidenciándose diferencias significativas entre las puntuaciones de los cuatro cursos ($p = 0,433$ y $p = 0,649$ respectivamente).

Centrándonos en cada uno de los cursos y en cada uno de los centros los resultados obtenidos son los siguientes:

- Primer curso:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Des. típ.	Media	Des. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	4,17	1,35	4,56	1,41
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,25	1,46	3,67	1,59
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,09	1,40	4,35	1,73
Trabajar con enfermos pediátricos	5,14	1,73	5,42	1,70
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,20	1,73	3,05	1,53
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,14	1,29	5,08	1,41
Trabajar con enfermos en urgencias	5,71	1,29	5,76	1,34

Tabla 16. *Predilección laboral por curso y centro (1º)*

- Segundo curso:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Des. típ.	Media	Des. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,01	1,26	4,74	1,26
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,88	1,67	3,88	1,53
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,25	1,67	4,22	1,57
Trabajar con enfermos pediátricos	5,38	1,68	5,11	1,72
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	4,16	1,55	3,76	1,54
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,18	1,52	5,17	1,37
Trabajar con enfermos en urgencias	5,90	1,43	5,68	1,28

Tabla 17. *Predilección laboral por curso y centro (2º)*

- Tercer curso:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Des. típ.	Media	Des. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,28	1,39	5,19	1,27
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,95	1,56	3,76	1,48
Trabajar con enfermos en atención primaria	3,62	1,85	4,99	1,87
Trabajar con enfermos pediátricos	5,03	1,91	4,90	1,77
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,97	1,63	3,74	1,64
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,55	1,59	5,12	1,49
Trabajar con enfermos en urgencias	6,00	1,29	5,62	1,52

Tabla 18. *Predilección laboral por curso y centro (3º)*

- Cuarto curso:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Des. típ.	Media	Des. típ.
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,42	1,37	5,68	1,24
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	4,02	1,80	4,33	1,61
Trabajar con enfermos en atención primaria	4,79	1,75	5,15	1,64
Trabajar con enfermos pediátricos	5,13	1,90	4,24	1,95
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,94	1,61	4,33	1,60
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	4,69	1,57	5,18	1,66
Trabajar con enfermos en urgencias	5,65	1,45	5,82	1,43

Tabla 19. Predilección laboral por curso y centro (4º)

Debido a la gran cantidad de diferencias estadísticamente significativas que se dan entre los distintos cursos, únicamente especificaremos aquellas en las que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de primero y de cuarto curso (o a la inversa).

Así, en la EUECREM únicamente se observa un aumento significativo ($p = 0,000$) respecto a la predilección por trabajar en un hospital de agudos entre primer y cuarto curso. Por su parte en la FEFP se produce un aumento estadísticamente significativo de primero a cuarto en las siguientes situaciones: trabajar en un hospital de agudos ($p = 0,000$), trabajar con enfermos terminales de cáncer ($p = 0,000$), trabajar con enfermos en atención primaria ($p = 0,000$), y trabajar con enfermos terminales geriátricos ($p = 0,000$). Por otro lado, se produce un descenso estadísticamente significativo entre primero y cuarto en cuanto a la predilección por trabajar con enfermos pediátricos ($p = 0,000$).

Por sexo:

Por último, haciendo referencia al sexo, obtenemos los siguientes resultados:

Hombres			Mujeres	
Media	D. típ.		Media	D. típ.
4,93	1,41	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,01	1,38
3,83	1,64	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,89	1,59
4,69	1,74	Trabajar con enfermos en atención primaria	4,49	1,73
4,49	1,92	Trabajar con enfermos pediátricos	5,11	1,79
3,56	1,71	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,77	1,63
5,48	1,23	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,07	1,53
5,98	1,19	Trabajar con enfermos en urgencias	5,70	1,41

Tabla 20. *Predilección laboral por sexo*

Expuestos de manera gráfica, los resultados son los siguientes:

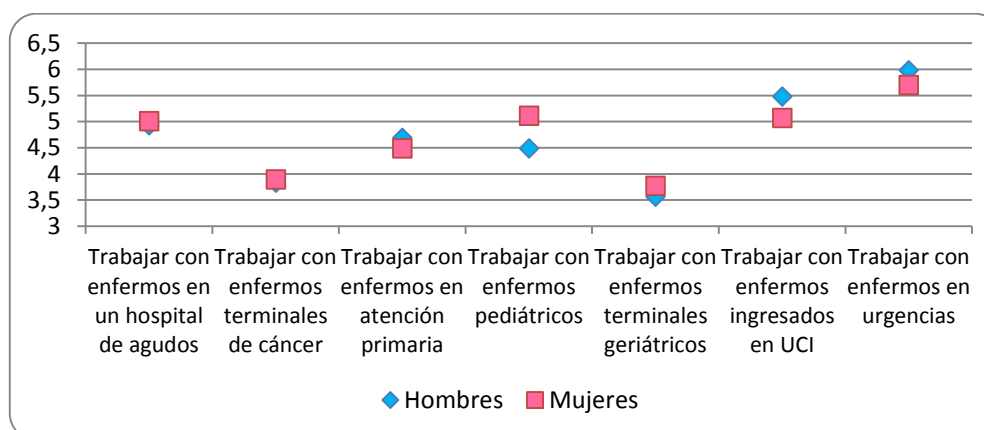


Gráfico 35. *Predilección laboral por sexo*

A razón de dichos datos se objetiva que las mujeres muestran mayor predilección que los hombres para trabajar con enfermos pediátricos ($p = 0,000$), mientras que los hombres muestran mayor predilección por trabajar con enfermos ingresados en UCI y con enfermos en urgencias ($p = 0,01$ y $p = 0,013$ respectivamente)

Si analizamos la predilección laboral para cada uno de los lugares propuestos en relación al sexo y al centro en el que se encuentran matriculados, se obtienen los siguientes resultados:

Hombres		EUECREM	Mujeres	
Media	D. típ.		Media	D. típ.
4,94	1,54	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	4,94	1,39
3,88	1,53	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,73	1,67
4,33	1,71	Trabajar con enfermos en atención primaria	4,14	1,68
4,67	1,93	Trabajar con enfermos pediátricos	5,31	1,74
3,60	1,79	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,87	1,63
5,46	1,52	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,08	1,50
6,08	1,25	Trabajar con enfermos en urgencias	5,76	1,39

Tabla 21. Predilección laboral por sexo y centro (EUECREM)

Hombres		FEFP	Mujeres	
Media	D. típ.		Media	D. típ.
4,93	1,37	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	5,03	1,38
3,81	1,68	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	3,94	1,56
4,81	1,74	Trabajar con enfermos en atención primaria	4,60	1,73
4,44	1,92	Trabajar con enfermos pediátricos	5,05	1,81
3,55	1,69	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	3,74	1,63
5,49	1,12	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	5,06	1,54
5,95	1,17	Trabajar con enfermos en urgencias	5,68	1,41

Tabla 22. Predilección laboral por sexo y centro (FEFP)

Expuestos de manera gráfica, los resultados para cada sexo y centro son los siguientes:

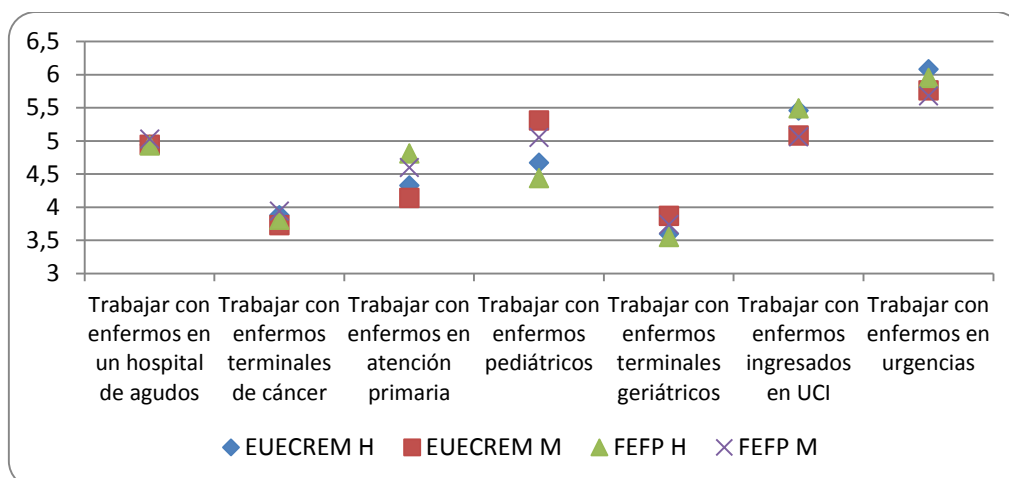


Gráfico 36. Predilección laboral por sexo y centro

En base a lo expuesto, podríamos por una parte objetivar que tanto en la EUECREM como en la FEFP, las mujeres tienen mayor predilección por trabajar con enfermos pediátricos que los hombres de manera estadísticamente significativa ($p = 0,022$ y $p = 0,000$ respectivamente). Así mismo, en la FEFP los hombres presentan mayor predilección por trabajar con enfermos ingresados en UCI que las mujeres ($p = 0,08$).

Por otro lado, se observa que las mujeres de la FEFP tienen mayor predilección por trabajar con enfermos en atención primaria que las mujeres de la EUECREM ($p = 0,01$).

Inteligencia emocional:

Tal y como vimos en el punto 4.4.3., La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional.

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, se deben sumar las puntuaciones de los ítems; del 1 al 8 para el factor atención emocional, del 9 al 16 para el factor claridad emocional y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones.

Cada uno de los factores presenta unos puntos de corte preestablecidos, distintos para hombres y mujeres. Así, dichos puntos de corte serán los que se expusieron en las tablas 5, 6 y 7 en el punto 4.4.3. En base a lo anteriormente expuesto, todos los resultados se expresarán en función del sexo.

En cuanto a la pregunta en cuestión, al sujeto se les exponía lo siguiente:

“A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada una de ellas y decida la frecuencia con que se produce cada una de ellas. Sabiendo que 1 es nunca y 5 muy frecuente. Recuerde que no hay preguntas correctas ni incorrectas, buenas o malas”.

Las respuestas para cada una de las afirmaciones podían ir, como ya hemos visto, desde nunca hasta muy frecuentemente.

En cuanto a la fiabilidad de la escala, ésta ha demostrado tener una elevada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,846 para la dimensión atención, 0,854 para la dimensión claridad, y 0,831 para la dimensión reparación.

Total de estudiantes:

Para cada una de las dimensiones clave de inteligencia emocional y sexos se obtuvieron los siguientes resultados.

Los hombres para la *atención* emocional, obtuvieron una puntuación media de 26,32 con una desviación estándar de 5,08, es decir, una adecuada atención. Ahondando

en las frecuencias nos encontramos con 38 sujetos (19%) que deben mejorar su atención debido a que prestan poca atención, 142 sujetos (72%) con adecuada atención y 18 sujetos (9%) que deben mejorar su atención debido a que prestan excesiva atención. En lo que respecta a la *claridad* de sentimientos se obtuvo una media de 29,78 con una desviación estándar de 4,77, siendo de nuevo una adecuada claridad. En cuanto a las frecuencias se observa que hay 34 sujetos (17%) que deben mejorar su claridad, 139 sujetos (70%) con adecuada claridad y 25 sujetos (13%) con excelente claridad. Por último, en lo que respecta a la *reparación* emocional, se obtuvo una media de 30,37 con una desviación estándar de 4,75, es decir una adecuada claridad, encontramos en la muestra 16 sujetos (8%) que deben mejorar su reparación, 158 sujetos (80%) con adecuada reparación y 24 sujetos (12%) con excelente reparación.

De forma gráfica los porcentajes, según los puntos de corte para los hombres, se distribuyen de la siguiente manera:

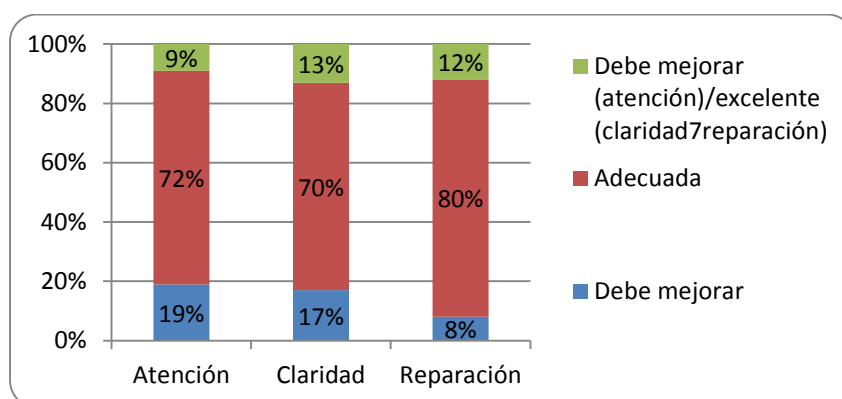


Gráfico 37. Distribución puntos de corte inteligencia emocional para el total de la muestra (hombres)

Por su parte las mujeres obtuvieron las siguientes puntuaciones:

Para la *atención* emocional, se obtuvo una media de 27,66 con una desviación estándar de 4,91, siendo así adecuada la atención. En cuanto a las frecuencias nos encontramos con 213 sujetos (24%) que deben mejorar su atención debido a que prestan poca atención, 607 sujetos (69%) con adecuada atención y 54 sujetos (6%) que deben

5. RESULTADOS

mejorar su atención debido a que prestan excesiva atención. En lo que respecta a la *claridad* de sentimientos se obtuvo una media de 28,66 con una desviación estándar de 4,56, siendo una adecuada claridad. Se observa que hay 116 sujetos (13,3%) que deben mejorar su claridad, 667 sujetos (76,3%) con adecuada claridad y 91 sujetos (10,4%) con excelente claridad. Por último, en lo que respecta a la *reparación* emocional, se obtuvo una media de 30,03 con una desviación estándar de 4,98, es decir, una adecuada reparación. Nos encontramos en la muestra, 81 sujetos (9%) que deben mejorar su reparación, 630 sujetos (72%) con adecuada reparación y 163 sujetos (19%) con excelente reparación.

De forma gráfica los porcentajes, según los puntos de corte para las mujeres, las puntuaciones se distribuyen de la siguiente manera:

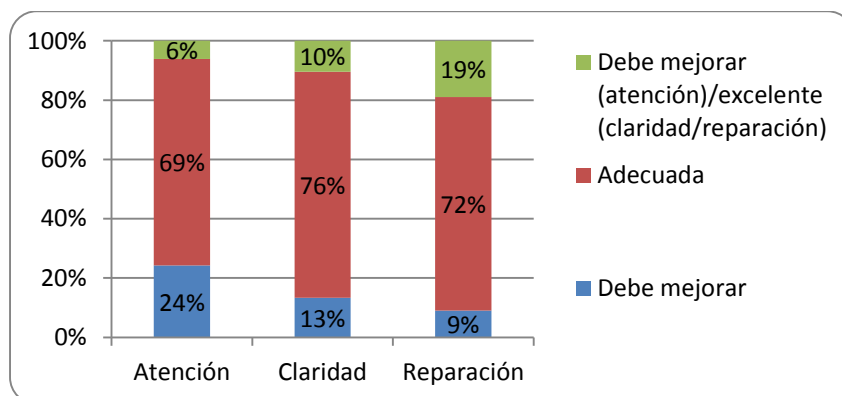


Gráfico 38. Distribución puntos de corte inteligencia emocional para el total de la muestra (mujeres)

En base a los resultados expuestos, podemos referir que en el componente atención, las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres de manera estadísticamente significativa ($p = 0,001$), mientras que para la dimensión claridad, sucede lo inverso, los hombres presentan puntuaciones más altas que las mujeres ($p = 0,001$).

Por centro:

En la EUECREM los hombres obtuvieron los siguientes resultados. Para la *atención* emocional, se obtuvo una media de 26,04 con una desviación estándar de 4,56, es decir, una adecuada atención; encontrándonos con 22 sujetos (45,83%) que deben mejorar su atención debido a que prestan poca atención, 26 sujetos (54,17%) con adecuada atención y 0 sujetos (0%) que deben mejorar su atención debido a que prestan excesiva atención. En lo que respecta a la *claridad* de sentimientos se obtuvo una media de 29,4 con una desviación estándar de 4,21, siendo una adecuada claridad; observándose que hay 6 sujetos (12,5%) que deben mejorar su claridad, 39 sujetos (81,25%) con adecuada claridad y 3 sujetos (6,25%) con excelente claridad. Por último, en lo que respecta a la *reparación* emocional, se obtuvo una media de 30,19 con una desviación estándar de 3,67, es decir, una adecuada reparación; encontramos en la muestra 5 sujetos (10,42%) que deben mejorar su reparación, 41 sujetos (85,42%) con adecuada reparación y 2 sujetos (4,17%) con excelente reparación.

Por su parte para las mujeres se obtuvieron los siguientes resultados. Para la *atención* emocional, se obtuvo una media de 27,93 con una desviación estándar de 4,86, es decir, presentan una adecuada atención. Nos encontramos así con 38 sujetos (19%) que deben mejorar su atención debido a que prestan poca atención, 144 sujetos (72%) con adecuada atención y 18 sujetos (9%) que deben mejorar su atención debido a que prestan excesiva atención. En lo que respecta a la *claridad* de sentimientos se obtuvo una media de 28,41 con una desviación estándar de 4,13, es decir, presentan una adecuada claridad. Se observa así que hay 24 sujetos (12%) que deben mejorar su claridad, 161 sujetos (80,5%) con adecuada claridad y 15 sujetos (7,5%) con excelente claridad. Por último, en lo que respecta a la *reparación* emocional, se obtuvo una media de 29,20 puntos, es decir, una adecuada reparación, con una desviación estándar de 4,77, hallando en la muestra 25

5. RESULTADOS

sujetos (12,5%) que deben mejorar su reparación, 151 sujetos (75,5%) con adecuada reparación y 24 sujetos (12%) con excelente reparación.

Expuestos de forma gráfica, los porcentajes para cada uno de los puntos de corte, en la EUECREM quedan de la siguiente manera:

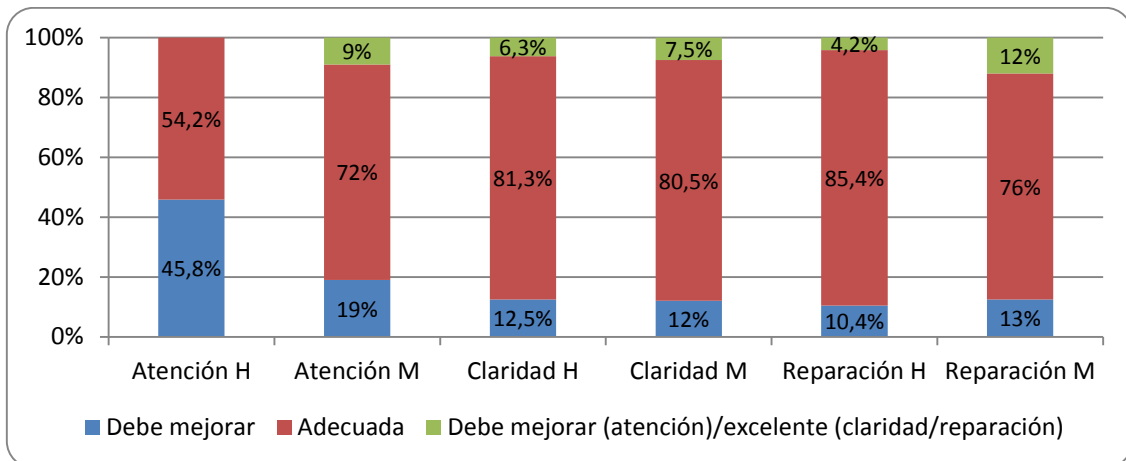


Gráfico 39. Distribución puntos de corte inteligencia emocional para la EUECREM

Por su parte en la FEFP los hombres obtuvieron los siguientes resultados atendiendo a los ya referidos puntos de corte. Para la *atención* emocional, se obtuvo una media de 26,41, es decir, una adecuada atención, con una desviación estándar de 4,25, encontrándonos con 29 sujetos (19,33%) que deben mejorar su atención debido a que prestan poca atención, 106 sujetos (70,67%) con adecuada atención y 15 sujetos (10%) que deben mejorar su atención debido a que prestan excesiva atención. En lo que respecta a la *claridad* de sentimientos se obtuvo una media de 29,90 con una desviación estándar de 4,95, en base a lo cual presentan una adecuada claridad. Por otro lado se observa que hay 28 sujetos (18,67%) que deben mejorar su claridad, 100 sujetos (66,67%) con adecuada claridad y 22 sujetos (14,67%) con excelente claridad. Por último, en lo que respecta a la *reparación* emocional, se obtuvo una media de 30,43, es decir, una adecuada reparación, con una desviación estándar de 5,06, encontramos en la muestra 14 sujetos

(9,33%) que deben mejorar su reparación, 114 sujetos (76%) con adecuada reparación y 22 sujetos (14,67%) con excelente reparación.

Por su parte para las mujeres se obtuvieron los siguientes resultados. Para la *atención* emocional, se obtuvo una media de 27,57, es decir, una adecuada atención, con una desviación estándar de 4,93, encontrándonos con 166 sujetos (24,63%) que deben mejorar su atención debido a que prestan poca atención, 465 sujetos (68,99%) con adecuada atención y 43 sujetos (6,38%) que deben mejorar su atención debido a que prestan excesiva atención. En lo que respecta a la *claridad* de sentimientos se obtuvo una media de 28,73, es decir, una adecuada claridad, con una desviación estándar de 4,68, observándose que hay 92 sujetos (13,65%) que deben mejorar su claridad, 506 sujetos (75,07%) con adecuada claridad y 76 sujetos (11,28%) con excelente claridad. Por último, en lo que respecta a la *reparación* emocional, se obtuvo una media de 30,27, es decir, una adecuada reparación con una desviación estándar de 5,01, encontramos en la muestra 56 sujetos (8,31%) que deben mejorar su reparación, 479 sujetos (71,07%) con adecuada reparación y 139 sujetos (20,62%) con excelente reparación.

Expuestos de forma gráfica, los porcentajes para cada uno de los puntos de corte, en la FEFP quedan de la siguiente manera:

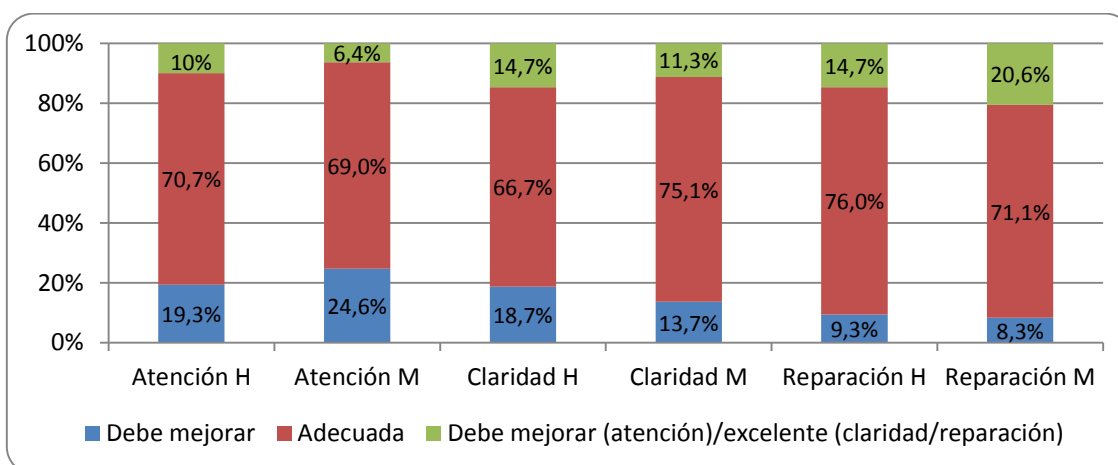


Gráfico 40. Distribución puntos de corte inteligencia emocional para la FEFP

A razón de los resultados, podemos referir que en la EUECREM, en la dimensión atención las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres, de manera estadísticamente significativa ($p = 0,02$). Por su parte en la FEFP las mujeres al igual que en la EUECREM, presentan mayores puntuaciones en la dimensión atención, respecto a los hombres ($p = 0,015$), por otro lado, para la dimensión claridad, los hombres presentan puntuaciones mayores, respecto a las mujeres ($p = 0,005$).

Finalmente, por otro lado, destaca que las mujeres de la FEFP presentan puntuaciones mayores que las de la EUECREM para la dimensión reparación ($p = 0,014$)

Por curso:

Para cada uno de los cursos, independientemente del centro, los resultados fueron los que se exponen a continuación.

		Media		Desv. típica	
		H	M	H	M
Atención	1º	26,1	27,7	4,72	4,92
	2º	27,4	27,4	5,22	5,06
	3º	25,7	28	5,15	4,44
	4º	26	27,7	5,28	5,04
Claridad	1º	29,7	28	4,99	4,45
	2º	29	28,2	4,94	4,63
	3º	30,8	28,8	4,83	4,04
	4º	29,6	29,7	4,01	4,73
Reparación	1º	29,8	29,9	4,82	5,01
	2º	30,5	29,6	4,34	5,39
	3º	30,9	30	5,02	4,51
	4º	30,4	30,6	4,95	4,74

Tabla 23. Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso

Expuestos de forma gráfica, los porcentajes para cada uno de los puntos de corte, a razón del curso quedan dispuestos de la siguiente manera:

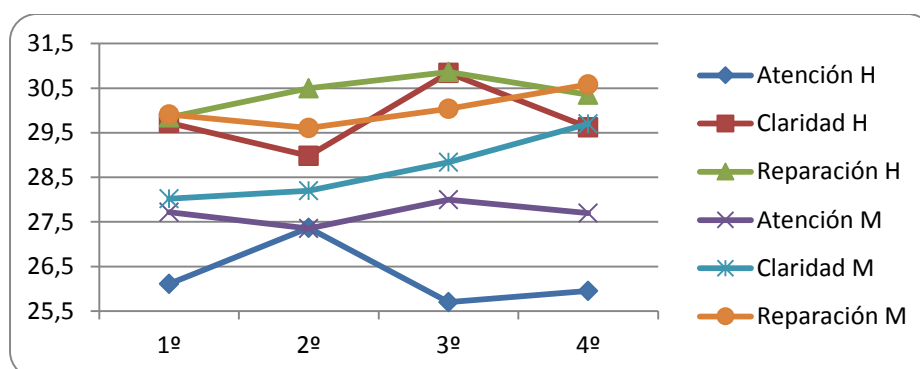


Gráfico 41. Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso

Podemos referir así que únicamente las mujeres no presentan la misma distribución entre cursos para la dimensión claridad. Así, existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de 1º y 4º ($p = 0,001$), y 2º y 4º ($p = 0,005$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones de cuarto curso.

En lo que respecta a las diferencias entre sexos por cursos, se observa que existen diferencias entre las puntuaciones de hombres y mujeres en primer y tercer curso. Así en primero existen diferencias en la dimensión atención ($p = 0,042$), siendo superiores las puntuaciones de las mujeres, y en la dimensión claridad ($p = 0,02$), siendo en este caso superiores las puntuaciones de los hombres. Por su parte en tercer curso, se hallan diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de atención ($p = 0,002$), siendo superiores las puntuaciones de las mujeres, y en la dimensión claridad ($p = 0,011$), siendo en este caso superiores las puntuaciones de los hombres.

Seguidamente, las puntuaciones medias para cada una de las dimensiones, a razón del curso y centro, son las siguientes:

		EUECREM			
		Media		Desv. típica	
		H	M	H	M
Atención	1º	27,5	27,8	4,22	4,95
	2º	27,5	28,0	3,73	4,35
	3º	28,3	28,1	4,30	4,63
	4º	24,3	27,1	3,80	4,78
Claridad	1º	31,3	28,1	3,12	4,04
	2º	32,3	29,1	3,77	5,28
	3º	27,3	28,7	4,36	4,55
	4º	29,7	28,3	5,41	3,67
Reparación	1º	30,6	30,4	2,94	4,29
	2º	23,2	28,3	4,89	5,13
	3º	29,6	29,3	2,55	4,36
	4º	30,1	29,3	2,71	4,41

Tabla 24. Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso (EUECREM)

		FEFP			
		Media		Desv. típica	
		H	M	H	M
Atención	1º	25,6	27,6	4,83	4,92
	2º	30,4	28,0	5,17	4,48
	3º	30,3	30,3	4,92	5,02
	4º	27,9	27,4	5,28	5,16
Claridad	1º	28,5	28,2	5,12	4,83
	2º	30,1	29,7	4,39	5,43
	3º	24,9	27,6	5,37	4,38
	4º	31,3	29,0	4,51	4,18
Reparación	1º	30,9	29,8	5,78	4,60
	2º	26,8	27,5	5,17	5,02
	3º	29,6	29,7	4,41	4,82
	4º	30,4	30,8	5,51	4,77

Tabla 25. Puntuaciones medias inteligencia emocional por curso (FEFP)

Centrándonos en cada uno de los centros y sexos, las puntuaciones de mujeres y hombres en la EUECREM para cada una de las dimensiones no experimentan diferencias estadísticamente significativas a lo largo de los cuatro cursos. Por su parte, en la FEFP, las mujeres si experimentan diferencias estadísticamente significativas entre cursos, si bien únicamente se evidencian dichas diferencias en la dimensión claridad. Así se hallan diferencias entre las puntuaciones de 1º y 4º ($p = 0,001$), y 2º y 4º ($p = 0,012$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones de cuarto.

Por otro lado, si analizamos si existen diferencias entre las puntuaciones de los sexos, para cada uno de los centros, con dependencia al curso en el que se encuentran, hallamos lo siguiente: en primero observamos que en la FEFP las mujeres puntúan más alto para la dimensión atención ($p = 0,031$), y los hombres más alto para la dimensión claridad ($p = 0,003$). Por su parte en segundo curso, podemos referir que en la EUECREM la dimensión claridad puntúa más alto para los hombres ($p = 0,023$). En tercer curso en la FEFP se observa que los hombres puntúan más alto para la dimensión claridad ($p = 0,022$) y las mujeres más alto para la dimensión atención ($p = 0,001$). Finalmente en cuarto curso, en la EUECREM las mujeres puntúan más alto para la dimensión atención ($p = 0,015$).

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, cursos y componentes, podemos atisbar que en primero hay diferencias para el componente claridad entre la EUECREM y la FEFP en los hombres ($p = 0,037$), observándose que la puntuación media de la FEFP es mayor a la de la EUECREM, por su parte se observa también que para el componente reparación, las mujeres de la FEFP puntúan más alto que las de la EUECREM ($p = 0,009$). Por otro lado, en segundo curso los hombres de la EUECREM puntúan más alto que los de la FEFP para la dimensión atención ($p = 0,043$). En el resto de cursos no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Perfil revisado de actitudes hacia la muerte:

Al sujeto se le planteaba la cuestión: “valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las siguientes afirmaciones”, sabiendo que 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Para la corrección del perfil revisado de actitudes hacia la muerte, las diferentes afirmaciones se agrupan en diferentes dimensiones. Así, para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que la forman. Las dimensiones serán las siguientes: miedo a la muerte; evitación de la muerte; aceptación neutral; aceptación de acercamiento; aceptación de escape.

En cuanto a la fiabilidad de la escala, ésta ha demostrado tener una elevada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,846 para la subescala miedo a la muerte; 0,885 para la evitación de la muerte; 0,670 para la aceptación neutral; 0,994 para la aceptación de acercamiento; y finalmente 0,810 para la aceptación de escape.

Total de estudiantes:

Para cada una de las dimensiones las medias y desviaciones típicas fueron las siguientes:

	Media	Desv. típ.
Miedo a la muerte	3,71	1,36
Evitación de la muerte	3,74	1,52
Aceptación neutral	5,61	0,96
Aceptación de acercamiento	2,96	1,56
Aceptación de escape	2,84	1,35

Tabla 26. Actitudes ante la muerte para el total de la muestra

De forma gráfica, las medias para cada una de las dimensiones se distribuyen de la siguiente manera:

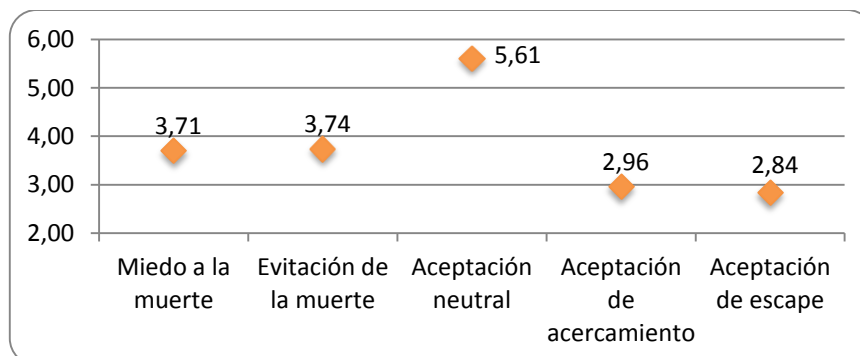


Gráfico 42. Actitudes ante la muerte para el total de la muestra

Se observa que para el total de la muestra, las mayores puntuaciones son aquellas que se refieren a una aceptación neutral de la muerte, mientras que en contraposición, las puntuaciones menores son aquellas que se refieren a una aceptación de escape, seguida muy de cerca por una aceptación de acercamiento.

Por su parte las actitudes: miedo a la muerte y evitación de la muerte muestran puntuaciones medias.

Por centro:

Los resultados para cada una de las dimensiones y centros propuestos son las siguientes:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Miedo a la muerte	2,63	1,29	2,90	1,37
Evitación de la muerte	2,83	1,52	3,00	1,57
Aceptación neutral	3,67	1,55	3,76	1,51
Aceptación de acercamiento	3,81	1,42	3,68	1,34
Aceptación de escape	5,56	0,94	5,62	0,96

Tabla 27. Actitudes ante la muerte por centro

5. RESULTADOS

A través del siguiente gráfico podemos observar de forma visual las diferencias de las medias para cada una de las dimensiones en cada uno de los centros expuestos:

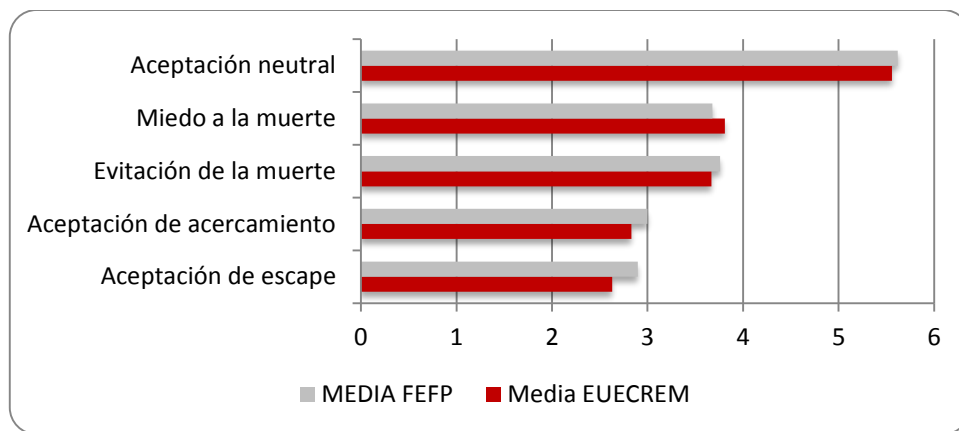


Gráfico 43. Actitudes ante la muerte por centro

En base a los resultados expuestos, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los centros para cada una de las dimensiones, a excepción de la dimensión “aceptación de escape” ($p = 0,006$), para la cual se obtienen puntuaciones mayores en la FEFP que en la EUECREM.

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, independientemente del centro, los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones son los siguientes:

	1º		2º		3º		4º	
	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.
Miedo a la muerte	3,78	1,32	3,64	1,37	3,76	1,43	3,66	1,32
Evitación de la muerte	3,84	1,52	3,81	1,55	3,82	1,46	3,49	1,5
Aceptación neutral	5,5	1,01	5,66	0,94	5,61	0,97	5,68	0,89
Aceptación de acercamiento	3,03	1,57	3,01	1,61	2,79	1,51	2,96	1,52
Aceptación de escape	2,91	1,35	2,78	1,36	3	1,38	2,71	1,32

Tabla 28. Actitudes ante la muerte por curso

A través del siguiente gráfico podemos observar las medias para cada una de las dimensiones en base a cada uno de los cursos expuestos:

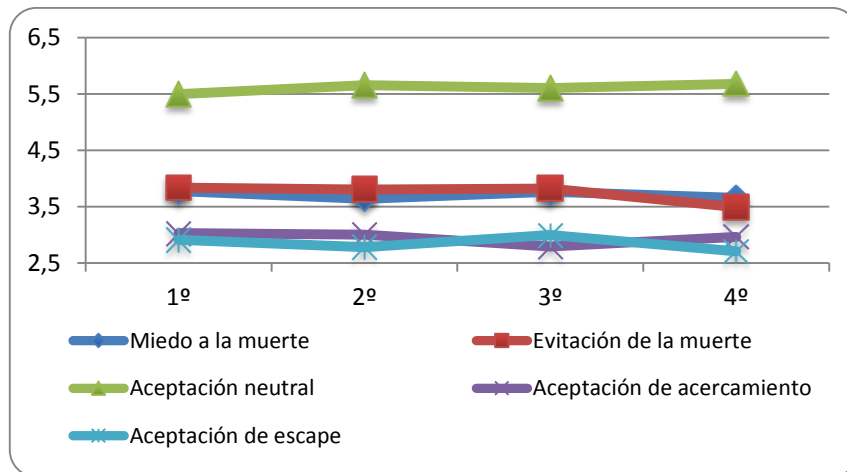


Gráfico 44. Actitudes ante la muerte por curso

Cabe remarcar que únicamente se observan diferencias significativas entre cursos en la dimensión “evitación de la muerte”, así las puntuaciones difieren entre cuarto y primer curso ($p = 0,026$), siendo mayores las puntuaciones de primero que de cuarto curso. Para el resto de dimensiones no se hallaron diferencias significativas entre cursos.

Por su parte, para cada uno de los centros y cursos, los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones son los siguientes:

		1º		2º		3º		4º	
		\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.
EUECREM	Miedo a la muerte	4,2	1,1	3,6	1,6	3,8	1,6	3,6	1,3
	Evitación de la muerte	4,1	1,4	3,6	1,6	3,6	1,7	3,3	1,4
	Aceptación neutral	5,2	1	5,7	0,9	5,7	1	5,6	0,8
	Aceptación de acercamiento	2,8	1,5	3	1,6	2,9	1,7	2,6	1,3
	Aceptación de escape	2,7	1,3	2,5	1,3	2,9	1,3	2,4	1,1
FEFP	Miedo a la muerte	3,7	1,4	3,6	1,3	3,8	1,4	3,7	1,3
	Evitación de la muerte	3,8	1,6	3,9	1,5	3,9	1,3	3,6	1,5
	Aceptación neutral	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,7	0,9
	Aceptación de acercamiento	3,1	1,6	3	1,6	2,8	1,4	3,1	1,6
	Aceptación de escape	3	1,4	2,9	1,4	3	1,4	2,8	1,4

Tabla 29. Actitudes ante la muerte por curso y centro

Primeramente vamos a valorar las diferencias en las puntuaciones por curso para cada una de las dimensiones, diferenciando cada uno de los centros. En la EUECREM

encontramos diferencias significativas en las dimensiones: evitación de la muerte y aceptación de la muerte. Respecto a la actitud de evitación de la muerte, se hallan diferencias significativas entre las puntuaciones de cuarto y primero ($p = 0,023$), siendo las de cuarto curso menores a las de primer curso. En el caso de la actitud “aceptación de la muerte”, se evidencian diferencias entre las puntuaciones de primero y segundo ($p = 0,031$), y primero y tercero ($p = 0,019$), siendo superiores las puntuaciones de segundo y tercer curso respectivamente. Por su parte, en la FEFP no se hallaron diferencias significativas entre los diferentes cursos para cada una de las dimensiones.

Por otro lado, si comparamos las puntuaciones entre centros, cursos y dimensiones, podemos referir que para la dimensión “miedo a la muerte” se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en primero en la EUECREM y la FEFP ($p = 0,003$), siendo mayores las puntuaciones de la EUECREM. Por otro lado, la dimensión “aceptación neutral”, también evidencia diferencias entre centros en el primer curso ($p = 0,011$), siendo mayores en este caso las puntuaciones de la FEFP.

Para el resto de dimensiones no se hallaron diferencias significativas entre centros y cursos.

Por sexo:

Finalmente, haciendo referencia al sexo, se obtienen las siguientes puntuaciones para cada una de las dimensiones propuestas:

MASCULINO			FEMENINO	
Media	Desv. típ.		Media	Desv. típ.
3,56	1,32	Miedo a la muerte	3,74	1,36
3,56	1,45	Evitación de la muerte	3,78	1,53
5,82	0,90	Aceptación neutral	5,56	0,96
2,86	1,60	Aceptación de acercamiento	2,99	1,55
3,01	1,50	Aceptación de escape	2,80	1,32

Tabla 30. Actitudes ante la muerte por sexo

Así pues, a través del siguiente gráfico podemos observar las diferencias de las medias en cada una de las dimensiones, para cada uno de los sexos:

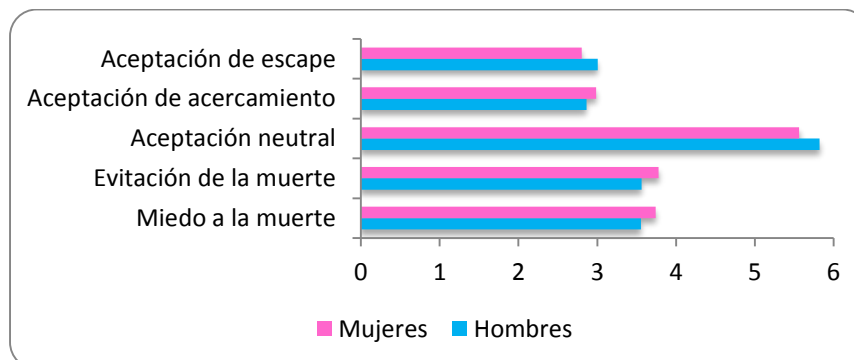


Gráfico 45. Actitudes ante la muerte por sexo

Podemos referir así que únicamente se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre sexos para la dimensión “aceptación neutral” ($p = 0,000$), siendo las puntuaciones de los hombres superiores a la de las mujeres.

Por último, haciendo referencia al sexo y a cada uno de los centros, se obtienen las siguientes puntuaciones para cada una de las dimensiones propuestas:

EUECREM					FEFP			
Masculino		Femenino			Masculino		Femenino	
\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.		\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.
3,40	1,37	3,91	1,42	Miedo a la muerte	3,61	1,30	3,69	1,35
3,31	1,62	3,75	1,52	Evitación de la muerte	3,65	1,38	3,79	1,54
5,80	0,96	5,51	0,93	Aceptación neutral	5,83	0,89	5,58	0,97
2,85	1,76	2,82	1,46	Aceptación de acercamiento	2,87	1,54	3,03	1,58
2,76	1,35	2,60	1,28	Aceptación de escape	3,09	1,54	2,86	1,32

Tabla 31. Actitudes ante la muerte por sexo y centro

Primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre sexos para cada uno de los centros. En la EUECREM encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en las dimensiones “miedo a la muerte” ($p = 0,035$) y “aceptación neutral de la muerte” ($p = 0,035$), siendo en el primer caso mayores las puntuaciones del sexo femenino, y en el segundo de los casos del sexo masculino. Por su parte en la FEFP, únicamente se hallan diferencias significativas en la dimensión “aceptación neutral de la muerte” ($p = 0,002$), siendo mayores las puntuaciones de los hombres respecto a la de las mujeres.

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, para cada una de las dimensiones, a razón del sexo, podemos referir que únicamente las mujeres presentan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las dimensiones entre centros. Así la dimensión “miedo a la muerte”, muestra diferencias significativas entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP ($p = 0,045$), siendo superiores las puntuaciones de la EUECREM. Por otro lado, la dimensión “aceptación de escape” muestra diferencias significativas entre las puntuaciones de la EUECREM y la FEFP ($p = 0,010$), siendo superiores las puntuaciones de la FEFP.

Escala de competencia percibida frente a la muerte

A los sujetos se les planteaba la cuestión: “valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las siguientes afirmaciones”, sabiendo que 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Cada uno de los ítems que compone la escala se valorará individualmente, así como la suma de éstos, sabiendo que la suma total de todos los ítems tendrá como mínimo valores de 7 y de 84 como máximo, no existiendo puntos de corte previamente definidos.

Los ítems de los que se compone la escala son los siguientes; me siento preparado para afrontar mi proceso de morir (EB1); me siento preparado para afrontar mi muerte (EB2); puedo expresar mis miedos respecto a la muerte (EB3); puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos (EB4); soy capaz de afrontar pérdidas futuras (EB5); me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí (EB6); sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales (EB7); sé cómo hablar con los niños de la muerte (EB8); puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario (EB9); puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir (EB10); soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte (EB11); me puedo comunicar con un enfermo moribundo (EB12). Siendo, finalmente, la variable sumatorio de todas las anteriores la denominada “ \sum_EB ”.

En cuanto a la fiabilidad de la escala, ésta ha demostrado tener una elevada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,870.

Total de estudiantes:

Los resultados obtenidos para cada una de las afirmaciones ya vistas, son los que a continuación se exponen.

	\bar{x}	Desv. típ.
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	3,06	1,75
Me siento preparado para afrontar mi muerte	2,94	1,75
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	4,71	1,58
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	4,46	1,86
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	3,73	1,77
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3,49	1,80
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5,13	1,45
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3,35	1,79
Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario	4,5	1,64
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	3,7	1,59
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre la muerte	4,19	1,79
Me puedo comunicar con un enfermo moribundo	4,55	1,54
Sumatorio Escala de Bugen	47,8	13,09

Tabla 32. Competencia percibida frente a la muerte para el total de la muestra

De forma gráfica, las puntuaciones medias se distribuyen de la siguiente manera:

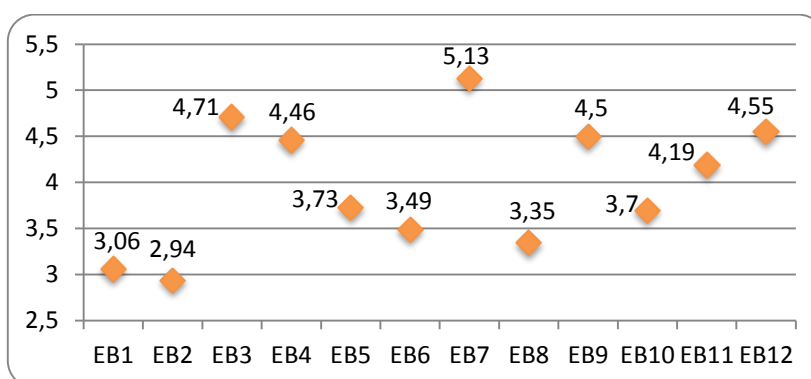


Gráfico 46. Competencia percibida frente a la muerte para el total de la muestra

Podemos referir así, que las mayores puntuaciones se obtienen para los ítems EB7 (Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales) y EB3 (puedo expresar mis miedos respecto a la muerte), mientras que las menores puntuaciones se

obtienen para los ítems EB2 (me siendo preparado para afrontar mi muerte) y EB1 (me siento preparado para afrontar mi proceso de morir).

En lo que respecta al sumatorio, tal y como pudimos ver, se obtuvo una puntuación media de 47,8 puntos, sobre 84 posibles, de modo que podemos referir que el total de la muestra presenta una competencia percibida frente a la muerte “moderada”.

Por centro:

Las puntuaciones medias obtenidas para cada uno de los ítems, a razón del centro son las siguientes:

	EUECREM		FEFP	
	\bar{x}	Desv. típ.	\bar{x}	Desv. típ.
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	3,1	1,83	3,1	1,74
Me siento preparado para afrontar mi muerte	3	1,82	2,9	1,73
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	4,8	1,72	4,7	1,54
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	4,2	1,94	4,5	1,84
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	3,4	1,74	3,8	1,78
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3,2	1,75	3,6	1,81
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5	1,45	5,2	1,46
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3,1	1,72	3,4	1,81
Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario	4,3	1,69	4,6	1,63
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	3,5	1,57	3,8	1,6
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre la muerte	4	1,79	4,2	1,8
Me puedo comunicar con un enfermo moribundo	4,4	1,52	4,6	1,56
Sumatorio Escala de Bugen	46	12,9	48	13

Tabla 33. Competencia percibida frente a la muerte por centro

A través del siguiente gráfico podemos observar las diferencias de las medias para cada uno de los ítems en cada uno de los centros expuestos:

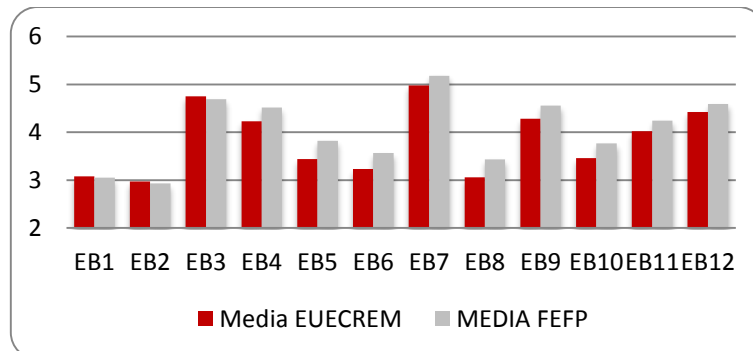


Gráfico 47. Competencia percibida frente a la muerte por centro

A razón de los resultados expuestos podemos referir que existen diferencias significativas entre centros para los siguientes ítems: EB4 (puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos) ($p = 0,036$), EB5 (soy capaz de afrontar pérdidas futuras) ($p = 0,004$), EB6 (me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí) ($p = 0,010$), EB7 (sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales) ($p = 0,038$), EB8 (sé cómo hablar con los niños de la muerte) ($p = 0,005$), EB9 (puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario) ($p = 0,017$), EB10 (puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir) ($p = 0,007$), y sumatorio escala de Bugen ($p = 0,017$), siendo en todos los casos las puntuaciones de la FEFP superiores a las de la EUECREM.

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, independientemente del centro, los resultados obtenidos para cada uno de los ítems, y la suma total son:

	1º		2º		3º		4º	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
EB1	3,18	1,80	3,00	1,78	3,01	1,74	3,00	1,69
EB2	3,04	1,80	2,89	1,75	2,84	1,74	2,96	1,71
EB3	4,61	1,52	4,65	1,65	4,80	1,67	4,82	1,53
EB4	4,36	1,83	4,43	1,91	4,41	1,87	4,63	1,84
EB5	3,75	1,76	3,70	1,78	3,59	1,83	3,84	1,77
EB6	3,52	1,81	3,40	1,76	3,40	1,87	3,63	1,80
EB7	5,17	1,39	5,15	1,46	5,09	1,53	5,11	1,48
EB8	3,66	1,69	3,23	1,77	3,17	1,92	3,25	1,80
EB9	4,48	1,51	4,41	1,71	4,27	1,71	4,78	1,63
EB10	3,94	1,49	3,52	1,53	3,37	1,63	3,87	1,69
EB11	4,23	1,73	3,93	1,79	4,04	1,79	4,54	1,82
EB12	4,47	1,45	4,37	1,60	4,44	1,67	4,92	1,46
Σ_EB	48,40	12,70	46,69	13,04	46,42	13,68	49,35	13,03

Nota: **EB1:** Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir; **EB2:** Me siento preparado para afrontar mi muerte; **EB3:** Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte; **EB4:** Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos; **EB5:** Soy capaz de afrontar pérdidas futuras; **EB6:** Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí; **EB7:** Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales; **EB8:** Sé cómo hablar con los niños de la muerte; **EB9:** Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario; **EB10:** Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir; **EB11:** Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte; **EB12:** Me puedo comunicar con un enfermo moribundo; **Σ_EB:** Sumatorio competencia percibida frente a la muerte

Tabla 34. Competencia percibida frente a la muerte por curso

Podemos referir que existen diferencias estadísticamente significativas para los siguientes ítems a razón del curso: En el ítem EB8 (sé cómo hablar con los niños de la muerte) se hallan diferencias estadísticamente significativas entre tercero y primero ($p = 0,004$), segundo y primero ($p = 0,011$) y cuarto y primero ($p = 0,017$), siendo siempre superiores las puntuaciones de primero. Para el ítem EB9 (puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario), se hallaron diferencias significativas entre tercero y cuarto ($p = 0,005$), siendo superiores las puntuaciones de cuarto. Por su parte para el ítem EB10 (puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte

y el proceso de morir) se observan diferencias significativas entre tercero y cuarto ($p = 0,011$), siendo superiores las puntuaciones de cuarto, y entre tercero y primero ($p = 0,001$) y segundo y primero ($p = 0,004$), siendo superiores las puntuaciones de primero en ambos casos. Seguidamente, para el EB11 (soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte) se hallaron también diferencias significativas entre segundo y cuarto ($p = 0,000$) y tercero y cuarto ($p = 0,014$), siendo siempre las puntuaciones de cuarto superiores. Finalmente se hallan diferencias significativas en el ítem EB12 (me puedo comunicar con un enfermo moribundo) entre primero y cuarto ($p = 0,001$), segundo y cuarto ($p = 0,000$), y tercero y cuarto ($p = 0,010$), siendo siempre superiores las puntuaciones de cuarto.

Cabe destacar que, pese a que existen diferencias entre cursos para el sumatorio de EB, tales diferencias no son estadísticamente significativas.

Por su parte, para cada uno de los centros y cursos, los resultados obtenidos para cada uno de los ítems son los siguientes:

		1º		2º		3º		4º	
		Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
EUECREM	EB1	2,9	1,8	3,2	1,8	3,2	2,1	2,9	1,6
	EB2	2,7	1,8	3,2	1,8	3,1	2,1	2,9	1,7
	EB3	4,3	1,6	4,7	1,8	5,2	1,9	4,9	1,6
	EB4	3,9	1,7	4,4	2	4,6	1,9	4,1	2
	EB5	3,1	1,5	3,6	1,8	3,7	2	3,3	1,6
	EB6	3,1	1,7	3,4	1,7	3,4	2	3,1	1,6
	EB7	5,2	1,3	4,8	1,5	5,2	1,6	4,8	1,4
	EB8	3,3	1,6	2,9	1,7	3	2	3,1	1,7
	EB9	4,4	1,4	4,1	1,8	4,3	1,7	4,4	1,9
	EB10	3,7	1,5	3,3	1,5	3,6	1,7	3,3	1,5
	EB11	3,8	1,7	3,9	1,9	4,4	1,8	3,9	1,8
	EB12	4,3	1,4	4,2	1,5	4,6	1,7	4,8	1,4
	Σ_EB	45	11	46	14	48	15	45	11
FEPP	EB1	3,3	1,8	2,9	1,8	2,9	1,6	3	1,7
	EB2	3,1	1,8	2,8	1,7	2,8	1,6	3	1,7
	EB3	4,7	1,5	4,6	1,6	4,6	1,6	4,8	1,5
	EB4	4,5	1,8	4,5	1,9	4,3	1,8	4,8	1,8
	EB5	3,9	1,8	3,7	1,8	3,5	1,8	4	1,8
	EB6	3,7	1,8	3,4	1,8	3,4	1,8	3,8	1,8
	EB7	5,2	1,4	5,3	1,4	5,1	1,5	5,2	1,5
	EB8	3,8	1,7	3,3	1,8	3,3	1,9	3,3	1,8
	EB9	4,5	1,5	4,5	1,7	4,2	1,7	4,9	1,6
	EB10	4	1,5	3,6	1,5	3,3	1,6	4	1,7
	EB11	4,3	1,7	3,9	1,8	3,9	1,8	4,7	1,8
	EB12	4,5	1,5	4,4	1,6	4,4	1,7	5	1,5
	Σ_EB	50	13	47	13	46	13	50	13

Nota: EB1: Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir; EB2: Me siento preparado para afrontar mi muerte; EB3: Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte; EB4: Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos; EB5: Soy capaz de afrontar pérdidas futuras; EB6: Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí; EB7: Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales; EB8: Sé cómo hablar con los niños de la muerte; EB9: Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario; EB10: Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir; EB11: Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte; EB12: Me puedo comunicar con un enfermo moribundo; Σ_EB : Sumatorio competencia percibida frente a la muerte

Tabla 35. Competencia percibida frente a la muerte por curso y centro

Primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre cursos e ítems para cada uno de los centros. En la EUECREM únicamente se hallan diferencias significativas entre

las puntuaciones obtenidas por cursos en el ítem EB3 (puedo expresar mis miedos respecto a la muerte), existiendo diferencias significativas entre primero y tercero ($p = 0,003$) siendo para éste último las puntuaciones mayores. En relación a la FEFP se hallaron las siguientes diferencias; en el ítem EB8 (sé cómo hablar con los niños de la muerte), entre tercero y primero ($p = 0,017$), cuarto y primero ($p = 0,011$) y segundo y primero ($p = 0,034$). Siendo las puntuaciones de primero superiores. También se hallaron diferencias en el ítem EB9 (puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario), entre tercer y cuarto curso ($p = 0,003$), obteniéndose mayores puntuaciones en cuarto. Se hallaron también diferencias significativas en el ítem EB10 (puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir), entre los cursos de tercero y cuarto ($p = 0,000$), tercero y primero ($p = 0,000$) y segundo y primero ($p = 0,021$), obteniéndose mayores puntuaciones en cuarto y primero respectivamente. Para el ítem EB11 (soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre la muerte) también se hallaron diferencias significativas entre tercero y cuarto ($p = 0,000$) y segundo y cuarto ($p = 0,0000$), siendo las puntuaciones mayores en cuarto curso. Finalmente para el ítem EB12 (me puedo comunicar con un enfermo moribundo) también se hallaron diferencias entre cursos, así se obtuvieron diferencias entre tercero y cuarto ($p = 0,009$), segundo y cuarto ($p = 0,005$) y primero y cuarto ($p = 0,011$), siendo siempre las puntuaciones de cuarto mayores a las del resto.

Cabe remarcar que en el ítem Σ_EB , se hallaron diferencias significativas entre cursos, únicamente en el caso de la FEFP, así existen diferencias entre tercero y cuarto ($p = 0,016$) y entre segundo y cuarto ($p = 0,033$), siendo mayores las puntuaciones en ambos casos en cuarto curso.

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, para cada uno de los cursos e ítems, podemos referir que en el primer curso se hallan diferencias entre las

puntuaciones obtenidas en la EUECREM y la FEFP en los ítems: EB4 “puedo hablar de la muerte con mi familia y amigos” ($p = 0,008$), EB5 “soy capaz de afrontar pérdidas futuras” ($p = 0,000$), EB6 “me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí” ($p = 0,017$), EB8 “sé cómo hablar con los niños de la muerte” ($p = 0,020$), EB11 “Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte” ($p = 0,028$) y finalmente en el Σ_{EB} ($p = 0,002$), siendo en todos los casos las puntuaciones de la FEFP superiores a las de la EUECREM. Por su parte en el segundo curso se hallan diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la EUECREM y la FEFP en los ítems EB7 “sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales” ($p = 0,010$), y EB9 “puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario” ($p = 0,049$), siendo de nuevo en ambos casos superiores las puntuaciones de la FEFP a las de la EUECREM. En el caso del tercer curso se hallan diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la EUECREM y la FEFP en los ítems EB3 “puedo expresar mis miedos respecto a la muerte” ($p = 0,005$), y EB11 “soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte” ($p = 0,044$), siendo en este caso las puntuaciones de la EUECREM superiores a las de la FEFP. Finalmente en el caso de cuarto, se hallan diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la EUECREM y la FEFP en los ítems EB4 “puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos” ($p = 0,028$), EB5 “soy capaz de afrontar pérdidas futuras” ($p = 0,019$), EB6 “me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí” ($p = 0,015$), EB10 “puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir” ($p = 0,008$) y finalmente, EB11 “soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte” ($p = 0,007$), siendo de nuevo en ambos casos superiores las puntuaciones de la FEFP a las de la EUECREM.

5. RESULTADOS

Por sexo:

Por último, haciendo referencia al sexo, se obtienen las siguientes puntuaciones para cada una de los ítems:

	Hombres		Mujeres	
	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	3,38	1,85	2,98	1,72
Me siento preparado para afrontar mi muerte	3,34	1,93	2,85	1,69
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	4,95	1,44	4,65	1,61
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	4,72	1,74	4,40	1,88
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	4,22	1,74	3,62	1,77
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	3,97	1,85	3,38	1,77
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	5,42	1,38	5,07	1,46
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3,56	1,83	3,30	1,78
Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario	4,82	1,60	4,43	1,64
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	4,05	1,54	3,62	1,59
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre la muerte	4,67	1,68	4,08	1,80
Me puedo comunicar con un enfermo moribundo	4,92	1,45	4,47	1,55
Sumatorio Escala de Bugen	52	12,5	46,8	13

Tabla 36. Competencia percibida frente a la muerte por sexo

A través del siguiente gráfico podemos observar las diferencias de las medias para cada una de los ítems a razón del sexo:

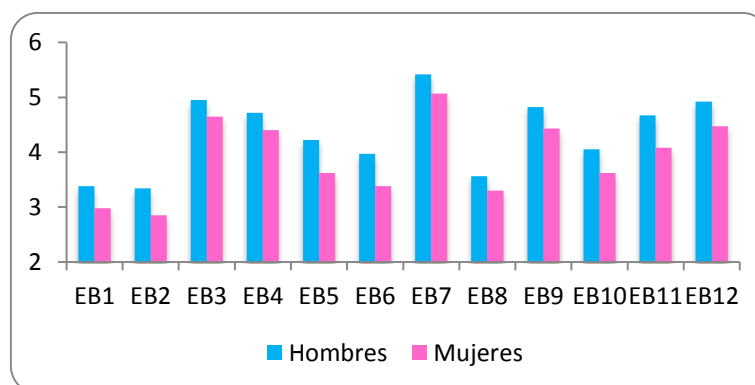


Gráfico 48. Competencia percibida frente a la muerte por sexo

En base a los datos expuestos, podemos referir que existen diferencias estadísticamente significativas (ver imagen 3) a razón del sexo en todos los ítems a excepción del EB8 “sé cómo hablar con los niños de la muerte”, observándose que en tales ítems las puntuaciones de los hombres son superiores a la de las mujeres.

	EB1	EB2	EB3	EB4	EB5	EB6	EB7	EB8	EB9	EB10	EB11	EB12	Σ_EB
U de Mann-Whitney	76042,500	74654,500	78828,000	78209,500	70175,000	70630,000	73636,000	79725,500	74675,000	73211,500	69888,000	72214,500	65763,000
W de Wilcoxon	458417,500	457029,500	461203,000	460584,500	452550,000	453005,000	456011,000	462100,500	457050,000	455586,500	452263,000	454589,500	448138,000
Z	-2,723	-3,086	-1,995	-2,143	-4,208	-4,093	-3,363	-1,754	-3,064	-3,451	-4,284	-3,709	-5,280
Sig. asintót. (bilateral)	,006	,002	,046	,032	,000	,000	,001	,079	,002	,001	,000	,000	,000

Imagen 3. Prueba U de Mann-Whitney para la competencia percibida frente a la muerte a razón del sexo

Finalmente, haciendo referencia al sexo y a cada uno de los centros se obtienen las siguientes puntuaciones para cada uno de los ítems:

	EUECREM		FEFP			EUECREM		FEFP	
	\bar{x}	Desv. típ.	\bar{x}	Desv. típ.		\bar{x}	Desv. típ.	\bar{x}	Desv. típ.
Masculino	4,04	1,91	3,17	1,79	EB1	2,85	1,74	3,02	1,72
	4,15	1,96	3,08	1,86	EB2	2,69	1,68	2,90	1,70
	5,25	1,44	4,85	1,44	EB3	4,64	1,76	4,66	1,56
	4,54	1,80	4,77	1,74	EB4	4,16	1,97	4,47	1,85
	3,92	1,93	4,32	1,67	EB5	3,32	1,68	3,71	1,79
	3,67	1,83	4,07	1,86	EB6	3,12	1,72	3,46	1,78
	5,31	1,32	5,45	1,41	EB7	4,90	1,47	5,12	1,46
	3,46	1,91	3,59	1,81	EB8	2,97	1,66	3,40	1,80
	4,77	1,64	4,84	1,60	EB9	4,17	1,69	4,50	1,63
	4,17	1,48	4,01	1,57	EB10	3,29	1,55	3,72	1,60
	4,71	1,54	4,66	1,73	EB11	3,86	1,80	4,15	1,80
	4,96	1,27	4,91	1,51	EB12	4,29	1,55	4,52	1,56
52,9	11,7	51,7	12,8	Σ_EB	44,2	12,7	47,6	13,0	

Nota: **EB1:** Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir; **EB2:** Me siento preparado para afrontar mi muerte; **EB3:** Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte; **EB4:** Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos; **EB5:** Soy capaz de afrontar pérdidas futuras; **EB6:** Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí; **EB7:** Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales; **EB8:** Sé cómo hablar con los niños de la muerte; **EB9:** Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario; **EB10:** Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir; **EB11:** Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte; **EB12:** Me puedo comunicar con un enfermo moribundo; **Σ_EB:** Sumatorio competencia percibida frente a la muerte

Tabla 37. Competencia percibida frente a la muerte por sexo y centro

Primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre sexos para cada uno de los centros. En la EUECREM encontramos diferencias significativas entre las

puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en los ítems: EB1 “me siento preparado para afrontar mi proceso de morir” ($p = 0,000$), EB2 “me siento preparado para afrontar mi muerte” ($p = 0,000$), EB3 “puedo expresar mis miedos respecto a la muerte” ($p = 0,045$), EB9 “puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario” ($p = 0,031$), EB10 “puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir” ($p = 0,001$), EB11 “soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte” ($p = 0,003$), EB12 “me puedo comunicar con un enfermo moribundo” ($p = 0,008$) y Σ_EB ($p = 0,000$), obteniendo los hombres en todos los casos expuestos, puntuaciones significativamente superiores a la de las mujeres. En cuanto a la FEFP, se hallan diferencias significativas en los ítems: EB5 “soy capaz de afrontar pérdidas futuras” ($p = 0,000$), EB6 “me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí” ($p = 0,000$), EB7 “sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales” ($p = 0,003$), EB9 “puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario” ($p = 0,019$), EB10 “puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir” ($p = 0,040$), EB11 “soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte” ($p = 0,001$), EB12 “me puedo comunicar con un enfermo moribundo” ($p = 0,005$) y finalmente, Σ_EB ($p = 0,000$), obteniendo de nuevo los hombres, puntuaciones significativamente superiores a la de las mujeres

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, para cada sexo e ítems, podemos referir que en los hombres, se hallan diferencias significativas entre centros en los ítems EB1 “me siento preparado para afrontar mi proceso de morir” ($p = 0,005$) y EB2 “me siento preparado para afrontar mi muerte” $p = (0,001)$, obteniendo en ambos casos los alumnos de la EUECREM puntuaciones más elevadas respecto a los de la FEFP.

En el caso de las mujeres, se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre centros en los ítems EB4 “soy capaz de hablar de mi muerte con mi familia y

amigos” ($p = 0,045$), EB5 “soy capaz de afrontar pérdidas futuras” ($p = 0,010$), EB6 “me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí” ($p = 0,019$), EB8 “sé cómo hablar con los niños de la muerte” ($p = 0,004$), EB9 “puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario” ($p = 0,011$), EB10 “puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir” ($p = 0,001$), EB11 “soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte” ($p = 0,045$) y finalmente Σ_{EB} (0,003), siendo en todos los casos superiores las puntuaciones de las mujeres de la FEFP a las de la EUECREM.

Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de

Robbins

A los sujetos se les planteaba la siguiente cuestión: “Lea cada uno de los ítems que aparecen abajo, y puntúe cómo de seguro o de inseguro está de que pueda desempeñar cada uno de ellos”. Podían responder puntuando con 1, que sería la respuesta dada a que se sienten muy inseguros de realizar la acción, hasta 10, que correspondía a totalmente seguro para realizar la acción propuesta.

Cada uno de los ítems que compone la escala se valorará individualmente, así como la suma de éstos, sabiendo que la suma total de todos los ítems tendrá como mínimo valores de 11 y de 110 como máximo, no existiendo puntos de corte previamente definidos.

Los 11 ítems empleados fueron los siguientes: afrontar la muerte de una persona anciana (EH1); escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo (EH2); escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo (EH3); tocar un cadáver (EH4); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5); comunicarte con

un paciente moribundo (EH6); dar el pésame a una familia de un paciente (EH7); afrontar la muerte de un amigo de tu edad (EH8); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10); proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente (EH11). Así mismo, existe la variable “ Σ_EH ” la cual corresponde al sumatorio de todas las variables anteriormente expuestas.

Finalmente, en cuanto a la fiabilidad de la escala, ésta ha demostrado tener una elevada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,904.

Total de estudiantes:

Los resultados obtenidos para el total de estudiantes para cada uno de los ítems fueron los siguientes:

	Media	Desv. típ.
Afrontar la muerte de una persona anciana	7,66	1,92
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7,56	1,86
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7,4	2,04
Tocar un cadáver	7,95	2,38
Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo	7,95	1,89
Comunicarte con un paciente moribundo	7,45	2,00
Dar el pésame a una familia de un paciente	6,93	2,39
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3,86	2,51
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	6,31	2,49
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	7,29	2,12
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	7,11	2,16
Sumatorio escala de Robbins	77,46	17,08

Tabla 38. Autoeficacia frente a la muerte para el total de la muestra

Expuestos los resultados de forma gráfica junto con la media para el total de ítems, se observa lo siguiente:

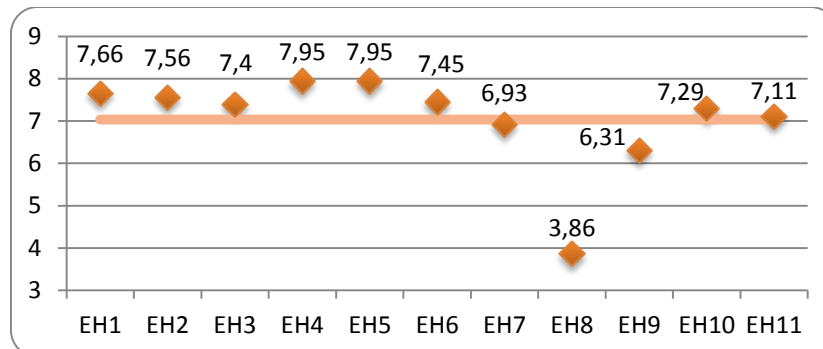


Gráfico 49. Autoeficacia frente a la muerte para el total de la muestra

Podemos referir que las menores puntuaciones se obtienen en el ítem EH8 “afrontar la muerte de un amigo de tu edad”, y, aunque de lejos, el ítem EH9 “acompañar a una persona en el momento de su muerte” y el EH7 “dar el pésame a una familia de un paciente” muestran puntuaciones bajas respecto a la media. El resto de ítems se encuentran muy próximos, si bien los que mayores puntuaciones obtienen son el EH4 “tocar un cadáver” y el EH5 “proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo”, presentando ambos ítems idénticas medias.

Por otro lado, se puede referir que para el total de la muestra, existe una autoeficacia frente a la muerte moderada-alta, en base a la puntuación obtenida (77,5 puntos sobre 110 posibles).

Por centro:

Haciendo referencia al centro en el que se encuentran matriculados, se obtuvieron los siguientes resultados:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Afrontar la muerte de una persona anciana	7,44	2,08	7,72	1,86
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7,25	1,92	7,65	1,83
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7,06	2,16	7,5	1,99
Tocar un cadáver	7,48	2,67	8,09	2,27
Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo	7,73	2,09	8,02	1,83
Comunicarte con un paciente moribundo	7,26	2,07	7,51	1,97
Dar el pésame a una familia de un paciente	6,63	2,51	7,02	2,34
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	3,5	2,31	3,97	2,56
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	6,02	2,46	6,4	2,49
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	6,98	2,24	7,38	2,07
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	6,79	2,12	7,21	2,16
Sumatorio escala de Robbins	74,1	17	78,5	17

Tabla 39. Autoeficacia frente a la muerte por centro

Expuestos de manera gráfica los resultados, podemos atisbar que en todos los ítems, las puntuaciones de la EUECREM son inferiores a las de la FEFP.

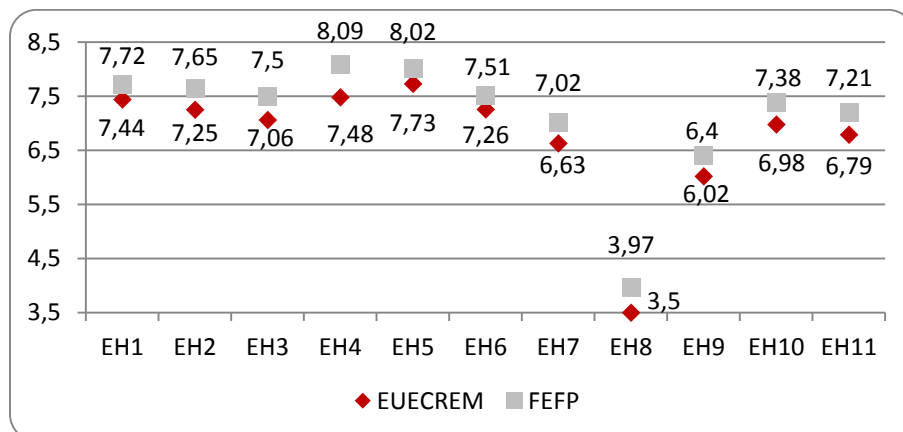


Gráfico 50. Autoeficacia frente a la muerte por centro

Si bien, dichas diferencias únicamente son estadísticamente significativas (ver tabla 40) en el caso de los ítems EH2 “escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo”, EH3 “escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo”, EH4 “tocar un cadáver”, EH7 “dar el pésame a una familia de un paciente”, EH8 “afrontar la muerte de un amigo de tu edad”, EH9 “acompañar a una persona en el momento de su muerte”, EH10 “estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables”, y EH11 “proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente”

Por otro lado, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los sumatorios de la EUECREM y de la FEFP, siendo superiores los de éste último.

	EH2	EH3	EH4	EH7	EH8	EH9	EH10	EH11	Σ EH
U de Mann-Whitney	89647	90432,5	89428	93705,5	92037	93035,5	91934,5	89654,5	87103,5
W de Wilcoxon	120523	121309	120304	124582	122913	123912	122811	120531	117979,5
Z	-2,979	-2,787	-3,08	-2	-2,398	-2,153	-2,424	-2,962	-3,527
Sig. asintót. (bilateral)	0,003	0,005	0,002	0,046	0,016	0,031	0,015	0,003	0
Nota: EH1: Afrontar la muerte de una persona anciana; EH2: Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo; EH3: Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo; EH4: Tocar un cadáver; EH5: Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo; EH6: Comunicarte con un paciente moribundo; EH7: Dar el pésame a una familia de un paciente; EH8: Afrontar la muerte de un amigo de tu edad; EH9: Acompañar a una persona en el momento de su muerte; EBH0: Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables; EB11: Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente; Σ EH: Autoeficacia frente a la muerte									

Tabla 40. Prueba U de Mann-Whitney para la autoeficacia frente a la muerte a razón del centro

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, independientemente del centro en el que se encuentren, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

	1º		2º		3º		4º	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
EH1	7,17	2,04	7,56	2,02	7,98	1,71	8,07	1,68
EH2	7,37	1,79	7,57	1,99	7,47	1,87	7,81	1,78
EH3	7,32	1,96	7,49	1,96	7,19	2,25	7,53	2,07
EH4	7,57	2,53	7,7	2,59	8,2	2,28	8,47	1,93
EH5	7,39	2	7,89	1,92	8,16	1,78	8,5	1,65
EH6	7,26	1,95	7,37	2,08	7,49	2,05	7,73	1,92
EH7	6,77	2,34	6,94	2,48	7	2,49	7,07	2,27
EH8	3,75	2,48	3,85	2,53	3,82	2,6	4,03	2,46
EH9	5,88	2,46	6,23	2,6	6,49	2,45	6,76	2,37
EH10	6,7	2,19	7,34	2,18	7,58	1,96	7,68	1,97
EH11	7,28	2,05	7	2,22	7,06	2,22	7,09	2,17
Σ_EH	74,46	17,23	76,93	17,96	78,44	16,6	80,74	15,66

Nota: **EH1:** Afrontar la muerte de una persona anciana; **EH2:** Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo; **EH3:** Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo; **EH4:** Tocar un cadáver; **EH5:** Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo; **EH6:** Comunicarte con un paciente moribundo; **EH7:** Dar el pésame a una familia de un paciente; **EH8:** Afrontar la muerte de un amigo de tu edad; **EH9:** Acompañar a una persona en el momento de su muerte; **EBH0:** Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables; **EB11:** Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente; **Σ_EH:** Autoeficacia frente a la muerte

Tabla 41. Autoeficacia frente a la muerte por curso

Pese a existir diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cursos, éstas únicamente son estadísticamente significativas en los siguientes casos:

Afrontar la muerte de una persona anciana (EH1); escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo (EH2); tocar un cadáver (EH4); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5); comunicarte con un paciente moribundo (EH6); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10), y finalmente el sumatorio de EH.

En el caso de EH1 (afrentar la muerte de una persona anciana), se hallan diferencias entre primero y segundo ($p = 0,032$), primero y tercero ($p = 0,000$), primero y cuarto ($p = 0,000$) y segundo y cuarto ($p = 0,020$), siendo siempre mayores las puntuaciones en el curso superior.

Para EH2 (escuchar las preocupaciones de un enfermo moribundo), se observan diferencias significativas entre primer y cuarto curso ($p = 0,005$), siendo mayores las puntuaciones de cuarto. Por su parte, para EH4 (tocar un cadáver), hay diferencias entre primero y tercero ($p = 0,013$), primero y cuarto ($p = 0,000$) y segundo y cuarto ($p = 0,005$), siendo mayores las puntuaciones en el curso superior.

Para EH5 (proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo), hay diferencias entre primero y segundo ($p = 0,004$), primero y tercero ($p = 0,000$), primero y cuarto ($p = 0,000$), y segundo y cuarto ($p = 0,000$), siendo mayores las puntuaciones en todos los casos en el curso superior. Por su parte en el caso de EH6 (comunicarte con un paciente moribundo), únicamente se hallan diferencias significativas entre primero y cuarto ($p = 0,011$), siendo superiores las puntuaciones de cuarto.

Para EH9 (acompañar a una persona en el momento de su muerte), las diferencias se encuentran entre primero y tercero ($p = 0,037$) y primero y cuarto ($p = 0,000$), siendo superiores las puntuaciones de tercero y cuarto respectivamente. Por su parte para EH10 (estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables), se hallan diferencias significativas entre primero y segundo ($p = 0,001$), primero y tercero ($p = 0,000$) y primero y cuarto ($p = 0,000$), siendo siempre superiores las puntuaciones del curso superior.

Para finalizar, destaca que para el sumatorio de EH, se hallan también diferencias significativas entre cursos. En este caso entre primero y tercero ($p = 0,048$) y primero y

5. RESULTADOS

cuarto ($p = 0,000$), siendo superiores las puntuaciones de tercero y cuarto respectivamente.

Si ahondamos en cada uno de los centros y cursos, los resultados obtenidos son los siguientes:

	EUECREM								FEFP							
	1º		2º		3º		4º		1º		2º		3º		4º	
	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.	\bar{x}	D.T.
EH1	6,52	2,18	7,1	2,23	8,17	1,86	8,27	1,3	7,35	1,97	7,72	1,92	7,9	1,7	8,03	1,75
EH2	6,86	1,83	7	2,06	7,5	1,85	7,77	1,8	7,51	1,75	7,74	1,94	7,46	1,9	7,83	1,77
EH3	7,12	1,95	6,8	2,1	6,91	2,52	7,48	2,1	7,37	1,96	7,7	1,86	7,3	2,1	7,55	2,07
EH4	6,63	3,03	7	2,94	8,31	2,13	8,29	1,8	7,83	2,32	7,92	2,43	8,16	2,4	8,51	1,96
EH5	6,83	2,25	7,4	2,26	8,52	1,68	8,46	1,4	7,54	1,91	8,06	1,77	8,01	1,8	8,51	1,7
EH6	6,68	2,09	7,1	2,23	7,53	1,93	7,94	1,8	7,42	1,88	7,47	2,03	7,47	2,1	7,67	1,95
EH7	6	2,39	6,8	2,74	7,28	2,26	6,52	2,5	6,98	2,29	6,99	2,4	6,88	2,6	7,2	2,2
EH8	2,92	1,97	3,6	2,25	3,81	2,78	3,71	2,2	3,97	2,56	3,93	2,62	3,83	2,5	4,11	2,53
EH9	5,51	2,5	5,8	2,62	6,6	2,29	6,35	2,3	5,98	2,44	6,38	2,58	6,44	2,5	6,85	2,39
EH10	6,2	2,34	7	2,23	7,64	2,05	7,21	2,2	6,83	2,14	7,46	2,15	7,55	1,9	7,79	1,91
EH11	6,85	2,17	6,4	2,19	7,34	1,99	6,65	2,1	7,4	2	7,19	2,21	6,93	2,3	7,19	2,19
Σ_EH	68,1	17,5	72	18,3	79,6	14,6	78,7	14	76,2	16,8	78,6	17,6	78	17	81,2	16

Nota: EH1: Afrontar la muerte de una persona anciana; EH2: Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo; EH3: Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo; EH4: Tocar un cadáver; EH5: Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo; EH6: Comunicarte con un paciente moribundo; EH7: Dar el pésame a una familia de un paciente; EH8: Afrontar la muerte de un amigo de tu edad; EH9: Acompañar a una persona en el momento de su muerte; EBH0: Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables; EB11: Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente; Σ_EH: Autoeficacia frente a la muerte

Tabla 42. Autoeficacia frente a la muerte por curso y centro

Primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre cursos e ítems para cada uno de los centros. En la EUECREM encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por cursos en los ítems; afrontar la muerte de una persona anciana (EH1); escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo (EH2); tocar un cadáver (EH4); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5); comunicarte con un paciente moribundo (EH6); dar el pésame a una familia de un paciente (EH7); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10); y finalmente el

sumatorio de EH. Así para EH1 (afrentar la muerte de una persona anciana) se hallaron diferencias entre primero y cuarto ($p = 0,000$), primero y tercero ($p = 0,000$), segundo y cuarto ($p = 0,028$) y segundo y tercero ($p = 0,010$), siendo en todos los casos mayores las puntuaciones de los cursos superiores. Por su parte para EH2 (escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo) únicamente se evidenciaron diferencias significativas entre primero y cuarto curso ($p = 0,015$) con puntuaciones mayores para cuarto. Para EH4 (tocar un cadáver) se hallan diferencias entre primero y cuarto ($p = 0,038$), primero y tercero ($p = 0,005$), y segundo y tercero ($p = 0,033$), siendo las puntuaciones superiores en los cursos mayores. En lo que respecta al EH5 (proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo) existen diferencias entre primero y cuarto ($p = 0,000$), primero y tercero ($p = 0,000$), segundo y cuarto ($p = 0,037$) y segundo y tercero ($p = 0,006$), siendo de nuevo las puntuaciones mayores las de curso superior. Para el EH6 (comunicarte con un paciente moribundo) únicamente existen diferencias significativas entre primer y cuarto curso ($p = 0,002$), siendo las puntuaciones de cuarto curso mayores. Por su parte para EH7 (dar el pésame a una familia de un paciente) existen diferencias entre primero y tercero ($p = 0,022$), siendo las puntuaciones de tercero mayores a las de primero, ocurriendo la misma situación para EH10 (estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables) ($p = 0,003$). Finalmente en lo que respecta al sumatorio de EH, se hallaron diferencias significativas entre primero y tercero ($p = 0,002$), y primero y cuarto ($p = 0,002$), siendo las puntuaciones de tercero y cuarto superiores respectivamente.

En relación a la FEFP se hallaron las siguientes diferencias; afrontar la muerte de una persona anciana (EH1); tocar un cadáver (EH4); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10); y finalmente

el sumatorio de EH. Así para EH1 (afrontar la muerte de una persona anciana), existen diferencias significativas únicamente entre primero y cuarto ($p = 0,000$), siendo las puntuaciones de cuarto superiores a las de primero. Idéntica situación ocurre con EH4 (tocar un cadáver) ($p = 0,003$) y con EH9 (acompañar a una persona en el momento de su muerte) ($p = 0,001$). Por su parte, en el EH5 (proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo), se evidenciaron diferencias entre primero y segundo ($p = 0,009$), primero y cuarto ($p = 0,000$), tercero y cuarto ($p = 0,018$) y segundo y cuarto ($p = 0,007$), siendo mayores las puntuaciones de los cursos superiores en todos los casos. En lo que respecta a EH10 (estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables) se evidencian diferencias entre primero y segundo ($p = 0,003$), primero y tercero ($p = 0,010$), y primero y cuarto ($p = 0,000$), siendo las puntuaciones de segundo, tercero y cuarto mayores a las de primero, respectivamente. Finalmente, en lo que respecta al sumatorio de EH, se evidenciaron diferencias significativas entre las puntuaciones de primero y cuarto ($p = 0,005$).

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, para cada uno de los cursos e ítems, podemos referir que en el primero curso se hallan diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la EUECREM y la FEFP en los ítems: afrontar la muerte de una persona anciana (EH1) ($p = 0,004$); escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo (EH2) ($p = 0,005$); tocar un cadáver (EH4) ($p = 0,007$); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5) ($p = 0,021$); comunicarte con un paciente moribundo (EH6) ($p = 0,007$); dar el pésame a una familia de un paciente (EH7) ($p = 0,002$); afrontar la muerte de un amigo de tu edad (EH8) ($p = 0,004$); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10) ($p = 0,049$); y finalmente el sumatorio de EH ($p = 0,001$). Siendo en todos los casos las puntuaciones de la FEFP superiores a las de la EUECREM.

Por su parte, en lo que respecta al segundo curso, se hallaron diferencias significativas en los ítems: afrontar la muerte de una persona anciana (EH1) ($p = 0,03$); escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo (EH2) ($p = 0,006$); escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo (EH3) ($p = 0,001$); tocar un cadáver (EH4) ($p = 0,011$); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5) ($p = 0,024$); proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente (EH11) ($p = 0,005$); y finalmente el sumatorio de EH ($p = 0,009$). Siendo de nuevo las puntuaciones de la FEFP superiores a las de la EUECREM en todos los ítems expuestos.

En lo que respecta a tercero y cuarto, no se hallaron diferencias significativas para ninguno de los ítems, entre las puntuaciones de ambos centros.

Por sexo:

Finalmente, haciendo referencia al sexo, se obtienen los siguientes resultados:

	HOMBRES		MUJERES	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Afrontar la muerte de una persona anciana	7,99	1,83	7,58	1,93
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	7,76	1,77	7,51	1,88
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	7,67	1,94	7,33	2,06
Tocar un cadáver	8,61	1,95	7,80	2,45
Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo	8,27	1,70	7,88	1,94
Comunicarte con un paciente moribundo	7,70	1,99	7,40	2,00
Dar el pésame a una familia de un paciente	7,09	2,39	6,90	2,39
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	4,65	2,76	3,68	2,42
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	6,92	2,37	6,17	2,50
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	7,74	2,04	7,18	2,13
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	7,57	1,89	7,01	2,21
Sumatorio escala de Robbins	81,96	16,07	76,44	17,15

Tabla 43. Autoeficacia frente a la muerte por sexo

A través del siguiente gráfico se puede observar la diferencia entre las puntuaciones medias para cada uno de los ítems, a razón del sexo:

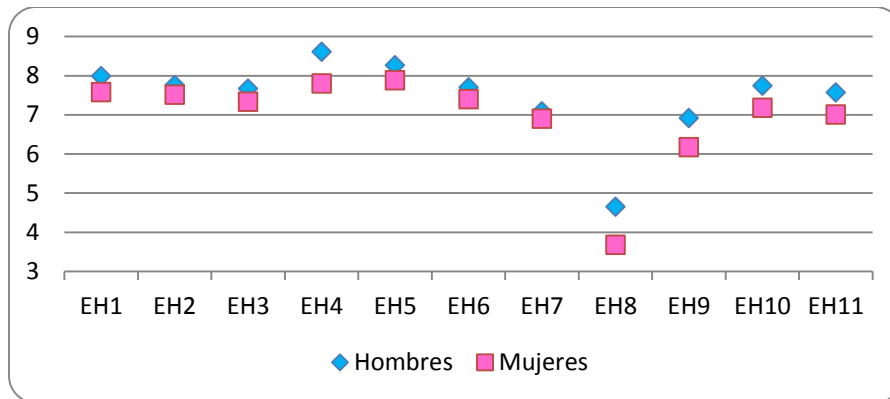


Gráfico 51. Autoeficacia frente a la muerte por sexo

A razón de los resultados, podemos referir que existen diferencias significativas entre las puntuaciones por sexo para los siguientes ítems: afrontar la muerte de una persona anciana (EH1) ($p = 0,002$); escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo (EH3) ($p = 0,046$); tocar un cadáver (EH4) ($p = 0,000$); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5) ($p = 0,011$); comunicarte con un paciente moribundo (EH6) ($p = 0,018$); afrontar la muerte de un amigo de tu edad (EH8) ($p = 0,000$); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9) ($p = 0,000$); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10) ($p = 0,000$); proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente (EH11) ($p = 0,002$); y finalmente el sumatorio de EH ($p = 0,000$). Siendo en todos los casos las puntuaciones de los hombres superiores a la de las mujeres

Finalmente, haciendo referencia al sexo, y al centro en el que se encuentran matriculados, obtenemos los siguientes resultados:

	EUECREM		FEFP			EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.		Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Masculino	8	1,81	7,99	1,85	EH1	7,3	2,13	7,66	1,87
	7,73	1,47	7,77	1,86	EH2	7,14	2	7,62	1,83
	7,58	1,96	7,7	1,94	EH3	6,94	2,2	7,45	2
	8,27	2,08	8,72	1,9	EH4	7,29	2,77	7,95	2,33
	8,23	1,64	8,28	1,72	EH5	7,61	2,17	7,96	1,85
	7,65	2,01	7,72	1,99	EH6	7,17	2,09	7,46	1,97
	6,9	2,62	7,15	2,32	EH7	6,57	2,5	7	2,35
	4,25	2,49	4,77	2,84	EH8	3,32	2,23	3,79	2,46
	6,88	2,18	6,94	2,43	EH9	5,82	2,49	6,28	2,5
	7,56	2,23	7,79	1,98	EH10	6,84	2,24	7,29	2,09
	7,63	1,73	7,55	1,94	EH11	6,59	2,17	7,13	2,2
	80,67	14,92	82,38	16,45	Σ_EH	72,57	17,17	77,59	16,99

Nota: **EH1:** Afrontar la muerte de una persona anciana; **EH2:** Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo; **EH3:** Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo; **EH4:** Tocar un cadáver; **EH5:** Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo; **EH6:** Comunicarte con un paciente moribundo; **EH7:** Dar el pésame a una familia de un paciente; **EH8:** Afrontar la muerte de un amigo de tu edad; **EH9:** Acompañar a una persona en el momento de su muerte; **EH10:** Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables; **EH11:** Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente; **Σ_EH:** Autoeficacia frente a la muerte

Tabla 44. Autoeficacia frente a la muerte por sexo y centro

En base a tales resultados primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre sexos para cada uno de los centros. En la EUECREM encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en los ítems: afrontar la muerte de una persona anciana (EH1) ($p = 0,034$); tocar un cadáver (EH4) ($p = 0,022$); afrontar la muerte de un amigo de tu edad (EH8) ($p = 0,014$); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9) ($p = 0,007$); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10) ($p = 0,042$); proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente (EH11) ($p = 0,002$), y finalmente para el Sumatorio de EH ($p = 0,004$), siendo en todos los casos expuestos superiores las puntuaciones de los hombres a la de las mujeres. Por su parte en la FEFP se hallan diferencias entre sexos en

los ítems: afrontar la muerte de una persona anciana (EH1) ($p = 0,018$); tocar un cadáver (EH4) ($p = 0,000$); proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (EH5) ($p = 0,045$); afrontar la muerte de un amigo de tu edad (EH8) ($p = 0,000$); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9) ($p = 0,002$); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10) ($p = 0,004$); y finalmente el sumatorio EH ($p = 0,001$), siendo al igual que en la EUECREM, las puntuaciones de los hombres superiores a la de las mujeres en todos los casos expuestos.

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, para cada sexo e ítem, podemos referir que únicamente las mujeres obtienen puntuaciones diferentes según el centro al que pertenezcan. Así se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de las mujeres en la EUECREM y la FEFP en los siguientes ítems: escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo (EH2) ($p = 0,002$); escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo (EH3) ($p = 0,004$); tocar un cadáver (EH4) ($p = 0,004$); dar el pésame a una familia de un paciente (EH7) ($p = 0,046$); afrontar la muerte de un amigo de tu edad (EH8) ($p = 0,020$); acompañar a una persona en el momento de su muerte (EH9) ($p = 0,022$); estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables (EH10) ($p = 0,013$); proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente (EH11) ($p = 0,001$), y finalmente el sumatorio de EH ($p = 0,000$), siendo en todos los casos expuestos las puntuaciones de las mujeres de la FEFP superiores a las de la EUECREM.

Escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester

Para evaluar el miedo a la muerte, al sujeto se le planteaba la siguiente cuestión: “¿Hasta qué punto le inquietan o preocupan los aspectos de la muerte y el proceso de morir que a continuación se enuncian? Valore de 1 a 5 su nivel de preocupación”.

Como se indicó en el apartado 4.4.3. La escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester consta de cuatro subescalas, en las que se contempla: la preocupación o miedo por la propia muerte (PM), por el propio proceso de morir (PPM), por la muerte de los otros (MO) y finalmente por el proceso de morir de éstos (PMO).

Para obtener las puntuaciones, se deben sumar todos los ítems que componen cada una de las subescalas. Así, las puntuaciones para cada una de éstas podrán ir desde 5 a 25.

En cuanto a la fiabilidad de la escala, ésta ha demostrado tener una moderada-elevada consistencia interna, así presenta un alfa de Cronbach de 0,785 para el miedo a la propia muerte, de 0,724 para el miedo al propio proceso de morir, de 0,857 para el miedo a la muerte del otro, y de 0,829 para el proceso de morir del otro.

Total de estudiantes:

Para el total de estudiantes los resultados obtenidos para cada una de las subescalas fueron los siguientes:

	Media	Desv. típ.
Miedo a la propia muerte	17,7	4,70
Miedo al propio proceso de morir	21,19	3,13
Miedo a la muerte del otro	21,81	3,30
Miedo al proceso de morir del otro	20,45	3,42

Tabla 45. Miedo a la muerte para el total de la muestra

En base a tales resultados podemos referir que existen diferencias estadísticamente significativas entre la preocupación o miedo por la propia muerte (PM) y el propio proceso de morir (PPM) [siendo mayor el miedo al propio proceso de morir], así como entre la muerte del otro (MO) y el proceso de morir del otro (PMO) [siendo mayor el miedo a la muerte del otro]. Así mismo se hallan diferencias entre la preocupación o miedo por la propia muerte (PM) y la muerte del otro (MO) [siendo mayor el miedo a la

muerte del otro], y ente el propio proceso de morir propio (PPM) y el proceso de morir del otro (PMO) [siendo mayor en propio proceso de morir] (Imagen 4)

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
CL_Storio_PPM-CL_Storio_MO	-,343	,056	-6,156	,000	,000
CL_Storio_PM-CL_Storio_MO	-1,456	,056	-26,114	,000	,000
CL_Storio_PM-CL_Storio_PMO	-,771	,056	-13,818	,000	,000
CL_Storio_PMO-CL_Storio_PPM	,342	,056	6,139	,000	,000
CL_Storio_PMO-CL_Storio_MO	,686	,056	12,296	,000	,000
CL_Storio_PM-CL_Storio_PPM	-1,113	,056	-19,957	,000	,000

Imagen 4. Análisis de 2 vías de Friedman de varianza por rangos demuestras relacionadas. Miedo a la muerte de Collet-Lester

Por centro:

Centrándonos en cada uno de los centros, las puntuaciones medias para cada una de las subescalas fueron las siguientes:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Miedo a la propia muerte	18,02	4,917	17,61	4,64
Miedo al propio proceso de morir	21,4	3,126	21,12	3,138
Miedo a la muerte del otro	21,86	3,54	21,79	3,235
Miedo al proceso de morir del otro	20,47	3,687	20,44	3,343

Tabla 46. Miedo a la muerte por centro

A razón de los resultados expuestos, podemos afirmar que no se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre centros, para las puntuaciones de cada una de las subescalas.

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, con independencia del curso en el que se encuentren, los resultados obtenidos son los siguientes:

	1º		2º		3º		4º	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Miedo a la propia muerte	17,86	4,55	17,53	4,9	17,94	4,75	17,55	4,65
Miedo al propio proceso de morir	20,71	3,11	21,15	3,05	21,51	3,18	21,53	3,17
Miedo a la muerte del otro	21,86	3,04	21,85	3,55	21,81	3,3	21,7	3,33
Miedo al proceso de morir del otro	20,13	3,34	20,5	3,22	20,59	3,87	20,63	3,4

Tabla 47. Miedo a la muerte por curso

Se puede referir así, que únicamente la sub-escala “preocupación o miedo por el propio proceso de morir” experimenta diferencias significativas entre las puntuaciones de los cursos. Así, en este caso, las diferencias se hallan entre primero y tercero ($p = 0,006$), y entre primero y cuarto ($p = 0,002$), siendo mayores las puntuaciones en tercero y cuarto curso respectivamente.

Ahondando en cada uno de los centros y cursos, los resultados para cada una de las subescalas son los siguientes:

EUECREM								FEFP								
1º		2º		3º		4º		1º		2º		3º		4º		
\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	
18,88	4,4	17,47	5,5	17,59	5,2	18,21	4,3	ΣPM	17,59	4,6	17,55	4,7	18,09	4,5	17,39	4,7
21	2,8	21,19	3,1	21,93	3,7	21,62	2,8	ΣPPM	20,63	3,2	21,14	3	21,33	2,9	21,51	3,2
23,06	2,2	21,34	4,2	21,74	3,6	21,23	3,5	ΣMO	21,54	3,2	22,01	3,3	21,83	3,2	21,82	3,3
20,89	6,7	20,37	3,7	20,14	4,8	30,46	3,4	ΣPMO	19,93	3,5	20,55	3,1	20,78	3,4	20,67	3,4

Tabla 48. Miedo a la muerte por curso y centro

Primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre cursos y subescalas para cada uno de los centros. En la EUECREM encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por cursos en la sub-escala “preocupación o miedo por la

muerte de los otros (MO)”. Así las diferencias entre las puntuaciones de cuarto y primero son estadísticamente significativas ($p = 0,015$), siendo las puntuaciones de primero mayores a las de cuarto. Para el resto de subescalas, en la EUECREM no se atisban diferencias significativas entre cursos.

Por su parte en la FEFP, se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la sub-escala “preocupación o miedo por el propio proceso de morir (PPM)”. Para ésta, se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de primero y cuarto ($p = 0,003$), siendo mayores las puntuaciones de cuarto. Para el resto de subescalas, en la FEFP no se atisban diferencias significativas entre cursos.

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros, para cada cursos y subescalas, podemos referir que en el primero curso se hallan diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la EUECREM y la FEFP en las subescalas: Preocupación o miedo por la propia muerte (PM) ($p = 0,046$), y por la muerte de los otros (MO) ($0,001$), siendo en ambos casos mayores las puntuaciones de los alumnos de la EUECREM respecto a los de la FEFP. Para segundo curso no se hallan diferencias significativas entre centros. Por su parte, en tercer curso, únicamente se hallan diferencias significativas entre centros en la sub-escala: Miedo o preocupación por el propio proceso de morir (PPM), siendo las puntuaciones de la EUECREM significativamente superiores a las de la FEFP ($p = 0,035$). En el caso de cuarto curso, ocurre lo mismo que para segundo, es decir, no se hallan diferencias significativas entre centros.

Por sexo:

Por último, haciendo referencia al sexo, obtenemos los siguientes resultados para cada una de las subescalas ya mencionadas:

	HOMBRES		MUJERES	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Miedo a la propia muerte	16,92	4,68	17,88	4,7
Miedo al propio proceso de morir	20,22	3,47	21,41	3,01
Miedo a la muerte del otro	20,39	3,38	22,13	3,21
Miedo al proceso de morir del otro	19,19	3,95	20,73	3,23

Tabla 49. Miedo a la muerte por sexo

Así, en base a los resultados, tal y como se detalla en la tabla 50, existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas a razón del sexo. Evidenciándose que en todas las subescalas, las puntuaciones de las mujeres son superiores a la de los hombres. Es decir, los miedos son mayores en las mujeres que en los hombres para cada una de las subescalas.

	Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte del otro	Miedo al proceso de morir del otro
U de Mann-Whitney	75404,000	68517,500	59381,500	66315,500
W de Wilcoxon	95105,000	88218,500	79082,500	86016,500
Z	-2,834	-4,610	-7,019	-5,168
Sig. asintót. (bilateral)	,005	,000	,000	,000

Tabla 50. Prueba U de Mann-Whitney para la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. A razón del sexo

Por otro lado, haciendo referencia al sexo, y al centro en el que se encuentran, obtenemos los siguientes resultados:

		EUECREM		FEFP	
		Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Masculino	Miedo a la propia muerte	16,42	4,51	17,09	4,74
	Miedo al propio proceso de morir	20,88	2,9	20,01	3,62
	Miedo a la muerte del otro	20,98	3,16	20,21	3,44
	Miedo al proceso de morir del otro	19,15	4,61	19,2	3,73
Femenino	Miedo a la propia muerte	18,41	4,94	17,73	4,61
	Miedo al propio proceso de morir	21,53	3,17	21,37	2,97
	Miedo a la muerte del otro	22,08	3,6	22,14	3,08
	Miedo al proceso de morir del otro	20,79	3,37	20,71	3,19

Tabla 51. Miedo a la muerte por sexo y centro

En base a tales resultados, primeramente vamos a diferenciar las puntuaciones entre sexos para cada uno de los centros. En la EUECREM encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en las subescalas: preocupación o miedo por la propia muerte (PM), por la muerte del otro (MO) y finalmente por el proceso de morir del otro (PMO) (tabla 52), en cuyos casos las puntuaciones de las mujeres siempre son superiores a la de los hombres. Por su parte en la FEFP encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en las subescalas: preocupación o miedo por el propio proceso de morir (PPM), por la muerte de los otros (MO) y finalmente por el proceso de morir del otro (PMO) (tabla 52), en cuyos casos de nuevo las puntuaciones de las mujeres son superiores a la de los hombres.

		Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte del otro	Miedo al proceso de morir del otro
EUECREM	U de Mann-Whitney	3528,5	4064	3655,5	3863
	W de Wilcoxon	4704,5	5240	4831,5	5039
	Z	-2,856	-1,664	-2,616	-2,112
	Sig. asintót. (bilateral)	0,004	0,096	0,009	0,035
FEFP	U de Mann-Whitney	46366,5	39125,5	33426,5	38089
	W de Wilcoxon	57691,5	50450,5	44751,5	49414
	Z	-1,591	-4,362	-6,601	-4,754
	Sig. asintót. (bilateral)	0,112	0	0	0

Tabla 52. Prueba U de Mann-Whitney para la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. A razón del sexo y centro

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros para cada sexo y sub-escala, podemos referir que únicamente las mujeres obtienen puntuaciones diferentes según el centro al que pertenezcan. Así, se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de la sub-escala: miedo o preocupación por la propia muerte (PM), siendo estadísticamente superiores las puntuaciones de las mujeres de la EUECREM a las de la FEFP ($p = 0,027$).

Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS):

Los alumnos debían de contestar verdadero o falso para cada una de las quince afirmaciones respecto a la pregunta planteada: “a continuación conteste verdadero o falso, conforme a si se siente identificado, o no identificado con las siguientes afirmaciones”.

La puntuación total se obtiene de sumar el total de afirmaciones “positivas” para ansiedad, siendo la máxima puntuación 15 y la mínima 0. No se establecen puntos de corte, si bien a mayores puntuaciones, mayores niveles de ansiedad ante la muerte.

5. RESULTADOS

Remarcar que en cuanto a la fiabilidad de la escala, ésta ha demostrado tener una baja-moderada consistencia interna, así presenta un alfa de Cronbach de 0,66.

Total de estudiantes:

Para el total de la muestra, la media del sumatorio DAS fue de 7,87, mientras que la desviación típica fue de 2,73.

Dichos resultados indican una ansiedad ante la muerte “normal”.

Por centro:

A razón del centro se obtuvieron los siguientes resultados:

		Media	Desv. típ.
EUECREM	Σ _DAS	8,29	2,852
FEFP	Σ _DAS	7,75	2,680

Tabla 53. Escala DAS por centro

En base a los resultados podemos referir que los alumnos de la EUECREM tienen mayores niveles de ansiedad ante la muerte respecto a los de la FEFP de manera estadísticamente significativa (tabla x)

	Σ _DAS
U de Mann-Whitney	89196,500
W de Wilcoxon	429096,500
Z	-3,055
Sig. asintót. (bilateral)	,002

Tabla 54. Prueba U de Mann-Whitney para la escala DAS. A razón del centro

Por curso:

Centrándonos en cada uno de los cursos, los resultados obtenidos, independientemente del centro en el que se encuentren matriculados, son los siguientes:

	Media	Desv. típ.
1º	7,92	2,7
2º	7,79	2,715
3º	8,07	2,706
4º	7,77	2,802

Tabla 55. Escala DAS por curso

Podemos referir así, que la distribución del sumatorio DAS es la misma a lo largo de los diferentes cursos. (Imagen 5)

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Storio_DAS es la misma entre las categorías de Curso.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,476	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Imagen 5. Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes Escala DAS, a razón del curso

Centrándonos en cada uno de los cursos y centros los resultados obtenidos son los siguientes:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
1º	9,05	2,315	7,61	2,72
2º	7,74	2,953	7,81	2,64
3º	8,14	2,899	8,04	2,632
4º	8,31	3,128	7,64	2,71

Tabla 56. Escala DAS por centro y curso

Una vez más, primeramente vamos a analizar las diferencias entre cursos para cada uno de los centros. En el caso de la EUECREM la distribución del sumatorio DAS

no es la misma para cada curso, así existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas en segundo y primero, siendo mayores en este último (imagen 6)

Cada nodo muestra el rango de media de muestras de Curso.

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
2º-3º	-13,908	12,543	-1,109	,267	1,000
2º-4º	-16,862	12,940	-1,303	,193	1,000
2º-1º	35,355	12,161	2,907	,004	,022
3º-4º	-2,954	13,618	-,217	,828	1,000
3º-1º	21,447	12,880	1,665	,096	,575
4º-1º	18,492	13,267	1,394	,163	,980

Cada fila prueba la hipótesis nula que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significancias asintóticas (pruebas de 2 caras). El nivel de significancia es ,05.

Imagen 6. Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes Escala DAS, a razón del curso (EUECREM)

Por su parte en la FEFP no se hallan diferencias significativas entre los distintos cursos.

Por otro lado, si comparamos las puntuaciones entre centros por cursos podemos referir que únicamente en primero se hayan diferencias significativas entre el sumatorio DAS de la EUECREM y de la FEFP (tabla 57), siendo superiores las puntuaciones en la EUECREM.

Σ DAS		
1º	U de Mann-Whitney	5293,500
	W de Wilcoxon	34454,500
	Z	-4,036
	Sig. asintót. (bilateral)	,000
2º	U de Mann-Whitney	8033,500
	W de Wilcoxon	10734,500
	Z	-,393
	Sig. asintót. (bilateral)	,694
3º	U de Mann-Whitney	3798,500
	W de Wilcoxon	13389,500
	Z	-,565
	Sig. asintót. (bilateral)	,572
4º	U de Mann-Whitney	4864,500
	W de Wilcoxon	28735,500
	Z	-1,598
	Sig. asintót. (bilateral)	,110

Tabla 57. Prueba U de Mann-Whitney para la Escala DAS. A razón del curso

Por sexo:

Finalmente, haciendo referencia al sexo, se obtuvieron los siguientes resultados para el sumatorio DAS:

	Media	Desv. típ.
Masculino	6,93	2,754
Femenino	8,08	2,68

Tabla 58. Escala DAS por sexo

Resultados en base a los cuales se puede referir, que las puntuaciones del sumatorio DAS son estadísticamente superiores en las mujeres respecto a los hombres ($p = 0,000$).

Por último, haciendo referencia al sexo y al centro, se obtienen los siguientes resultados para el sumatorio DAS:

	EUECREM		FEFP	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Masculino	6,71	3,073	7,01	2,651
Femenino	8,68	2,667	7,91	2,661

Tabla 59. Escala DAS por sexo y centro

En base a dichos resultados, primeramente podemos referir que tanto en la EUECREM como en la FEFP existen diferencias significativas entre las puntuaciones de hombres y mujeres, siendo en ambas situaciones superiores las puntuaciones de las mujeres (tabla 60).

		Σ_DAS
EUECREM	U de Mann-Whitney	3034,500
	W de Wilcoxon	4210,500
	Z	-3,979
	Sig. asintót. (bilateral)	,000
FEFP	U de Mann-Whitney	40520,500
	W de Wilcoxon	51845,500
	Z	-3,829
	Sig. asintót. (bilateral)	,000

Tabla 60. Prueba U de Mann-Whitney para la Escala DAS. A razón del centro y sexo

Por último, si comparamos las puntuaciones entre centros y sexos, podemos referir que únicamente existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las mujeres a razón del centro. Así las mujeres de la EUECREM obtienen puntuaciones superiores en la escala DAS respecto a las de la FEFP (tabla 61)

		Σ DAS
Masculino	U de Mann-Whitney	3465,500
	W de Wilcoxon	4641,500
	Z	-,392
	Sig. asintót. (bilateral)	,695
Femenino	U de Mann-Whitney	55985,500
	W de Wilcoxon	283460,500
	Z	-3,664
	Sig. asintót. (bilateral)	,000

Tabla 61. Prueba U de Mann-Whitney para la Escala DAS. A razón del centro y sexo (femenino)

5.2. ASOCIACIÓN DE VARIABLES

A continuación expondremos las diferentes asociaciones significativas que se dan entre las distintas variables. Tal y como referimos en el punto 3.4.4.2., dicha asociación se realizará de manera progresiva y eliminativa. Es decir, una vez establecidas las relaciones de la “variableX” con las variables “variableY” y “variableW”, cuando lleguemos a estudiar las relaciones de la “variableY” no estudiaremos las relaciones de ésta con la “variableX” ya que éstas ya fueron estudiadas. (Anexo IV)

Presenciado un fallecimiento:

Remarcar que hemos obviado de las correlaciones a aquellos sujetos que por el curso en el que se encontraban, no han realizado prácticas clínicas, y por ende no han presenciado el fallecimiento de un paciente. Valoraremos si existe relación entre haber presenciado un fallecimiento o no y las distintas variables estudiadas.

A razón de la siguiente tabla, podemos observar si existen diferencias significativas intra-grupos entre los que han presenciado y los que no han presenciado fallecimiento.

	Asis_EnfT	Asist_EnfN	Emocio_EnfT	Emocio_EnfN	Lp_1	Lp_2	Lp_3
U de Mann-Whitney	34107,000	33254,500	32963,500	37031,500	38551,000	37733,000	37150,500
W de Wilcoxon	41982,000	41129,500	40838,500	44906,500	46426,000	45608,000	242911,500
Z	-2,873	-3,663	-3,346	-1,536	-,686	-1,046	-1,304
Sig. asintót. (bilateral)	,004	,000	,001	,125	,493	,296	,192
Nota: Asis_EnfT: autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales; Asis_EnfN: autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales; Emocio_EnfT: autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales; Emocio_EnfN: autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales; Lp_1: trabajar con enfermos en un hospital de agudos; Lp_2: trabajar con enfermos terminales de cáncer; Lp_3: trabajar con enfermos en atención primaria.							

Tabla 62.1. Prueba U de Mann-Whitney para haber presenciado un fallecimiento

	Lp_4	Lp_5	Lp_6	Lp_7	Σ_{IE_A}	Σ_{IE_C}	Σ_{IE_R}
U de Mann-Whitney	37146,500	39423,500	35925,500	39966,000	38075,000	38202,000	36910,000
W de Wilcoxon	242907,500	245184,500	43800,500	47841,000	45950,000	46077,000	44785,000
Z	-1,310	-,287	-1,870	-,045	-,880	-,824	-1,396
Sig. asintót. (bilateral)	,190	,774	,061	,964	,379	,410	,163

Nota: **Lp_4**: trabajar con enfermos pediátricos; **Lp_5**: trabajar con enfermos terminales geriátricos; **Lp_6**: trabajar con enfermos ingresados en UCI; **Lp_7**: trabajar con enfermos en urgencias; Σ_{IE_A} : sumatorio inteligencia emocional. Atención; Σ_{IE_C} : sumatorio inteligencia emocional. Claridad; Σ_{IE_R} : sumatorio inteligencia emocional. Reparación.

Tabla 62.2. Prueba U de Mann-Whitney para haber presenciado un fallecimiento

	ACT_miedoM	ACT_evitaciónM	ACT_aceptación	ACT_aceptaciónAcer	ACT_aceptaciónEsc	Σ_{EB}	Σ_{EH}
U de Mann-Whitney	37515,0	35006,500	35935,000	37150,000	37196,000	34082,5	31444,0
W de Wilcoxon	243276	240767,50	43810,000	242911,000	45071,000	41957,5	39319,0
Z	-1,126	-2,236	-1,829	-1,289	-1,269	-2,643	-3,809
Sig. asintót. (bilateral)	,260	,025	,067	,198	,204	,008	,000

Nota: **ACT_miedoM**: actitud de miedo a la muerte; **ACT_evitaciónM**: actitud de evitación de la muerte; **ACT_aceptación**: actitud de aceptación de la muerte; **ACT_aceptaciónAcer**: actitud de aceptación de acercamiento de la muerte; **ACT_aceptaciónEsc**: actitud de aceptación de escape de la muerte; Σ_{EB} : sumatorio competencia percibida frente a la muerte; Σ_{EH} : sumatorio autoeficacia frente a la muerte.

Tabla 62.3. Prueba U de Mann-Whitney para haber presenciado un fallecimiento

	CL_Σ_PM	CL_Σ_PPM	CL_Σ_MO	CL_Σ_PMO	Σ_{DAS}
U de Mann-Whitney	39495,500	39103,000	36302,500	37312,500	38490,000
W de Wilcoxon	47370,500	46978,000	242063,500	243073,500	244251,000
Z	-,251	-,427	-1,690	-1,223	-,699
Sig. asintót. (bilateral)	,802	,669	,091	,221	,484

Nota: **CL_Σ_PM**: sumatorio miedo a la propia muerte; **CL_Σ_PPM**: sumatorio miedo al propio proceso de morir; **CL_Σ_MO**: sumatorio miedo a la muerte del otro; **CL_Σ_PMO**: sumatorio miedo al proceso de morir del otro; Σ_{DAS} : sumatorio ansiedad ante la muerte.

Tabla 62.4. Prueba U de Mann-Whitney para haber presenciado un fallecimiento

En base a lo expuesto, podemos referir lo siguiente:

- Aquellos sujetos que han presenciado un fallecimiento tienen mayores puntuaciones en la auto-percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales, y mayor auto-percepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales.

- Aquellos sujetos que no han presenciado un fallecimiento presentan puntuaciones mayores en la actitud ante la muerte “evitación” que aquellos que sí han presenciado un fallecimiento.
- Aquellos sujetos que han presenciado un fallecimiento presentan mayores puntuaciones en la escala de competencia percibida frente la muerte y en la escala de autoeficacia frente a la muerte, que aquellos que no han presenciado un fallecimiento.

Para el resto de variables no se atisbaron diferencias estadísticamente significativas entre los que presenciaron y no presenciaron fallecimiento durante sus prácticas clínicas.

Preparación asistencial/emocional para cuidar enfermos terminales/no terminales:

En primer lugar valoraremos si existe relación entre las cuatro variables: autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales; autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales; autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales; y autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales. Así, a razón de la tabla 63, podemos referir que existen una correlación positiva baja-moderada entre todas las variables, siendo esta más potente en el caso de la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales (0,512) y la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos no terminales (0,491).

			Asis_EnfT	Asist_EnfN	Emocio_EnfT	Emocio_EnfN	
Rho de Spearman	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales	Coeficiente de correlación	1,000	,493**	,512**	,315**	
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	
	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales	Coeficiente de correlación	,493**	1,000	,306**	,473**	
		Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	
	Autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales	Coeficiente de correlación	,512**	,306**	1,000	,459**	
		Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	
	Autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales	Coeficiente de correlación	,315**	,473**	,459**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		
	** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						
	Nota: Asis_EnfT : autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales; Asis_EnfN : autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales; Emocio_EnfT : autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales; Emocio_EnfN : autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales.						

Tabla 63. *Rho de Spearman. Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales*

Respecto a las correlaciones entre la autopercepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales, y las diferentes dimensiones de inteligencia emocional, se observan las siguientes correlaciones (tabla 64).

			Σ_{IE_A}	Σ_{IE_C}	Σ_{IE_R}	
Rho de Spearman	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales	Coefficiente de correlación	-,090**	,185**	,136**	
		Sig. (bilateral)	,003	,000	,000	
	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales	Coefficiente de correlación	-,051	,111**	,133**	
		Sig. (bilateral)	,093	,000	,000	
	Autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales	Coefficiente de correlación	-,095**	,230**	,151**	
		Sig. (bilateral)	,002	,000	,000	
	Autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales	Coefficiente de correlación	-,039	,161**	,150**	
		Sig. (bilateral)	,200	,000	,000	
	**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					
	* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					
Nota: IE_A: sumatorio inteligencia emocional. Atención; Σ_{IE_C} : sumatorio inteligencia emocional. Claridad; Σ_{IE_R} : sumatorio inteligencia emocional. Reparación.						

Tabla 64. Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la inteligencia emocional

Podemos observar que la dimensión atención correlaciona negativamente con la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales. Por su parte las dimensiones claridad y reparación, correlacionan positivamente con la auto-percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales. Si bien, en todas las dimensiones de la inteligencia emocional, las correlaciones se pueden considerar como mínimas-bajas.

Respecto a las correlaciones entre la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales, y la predilección laboral, se observan las siguientes correlaciones (tabla 65).

			Lp_1	Lp_2	Lp_3	Lp_4	Lp_5	Lp_6	Lp_7
Rho de Spearman	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales	Coefficiente de correlación	,100**	,195**	-,003	,021	,167**	,201**	,116**
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,913	,490	,000	,000	,000
	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales	Coefficiente de correlación	,233**	,089**	,114**	,032	,101**	,143**	,119**
		Sig. (bilateral)	,000	,004	,000	,298	,001	,000	,000
	Autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales	Coefficiente de correlación	,152**	,314**	,028	-,098**	,206**	,152**	,069*
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,354	,001	,000	,000	,023
	Autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales	Coefficiente de correlación	,221**	,123**	,116**	-,050	,173**	,135**	,127**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,100	,000	,000	,000
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).									
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).									
Nota: Lp_1: trabajar con enfermos en un hospital de agudos; Lp_2: trabajar con enfermos terminales de cáncer; Lp_3: trabajar con enfermos en atención primaria; Lp_4: trabajar con enfermos pediátricos; Lp_5: trabajar con enfermos terminales geriátricos; Lp_6: trabajar con enfermos ingresados en UCI; Lp_7: trabajar con enfermos en urgencias.									

Tabla 65. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la predilección laboral*

Así, en lo que respecta a la percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales, ésta correlaciona positivamente con todos los lugares a excepción de trabajar con enfermos en atención primaria y trabajar con enfermos pediátricos, si bien, dichas correlaciones se pueden considerar mínimas. Por su parte la percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales correlaciona positivamente con todos los lugares, a excepción de trabajar con enfermos pediátricos, si bien, dichas correlaciones son mínimas-bajas. En lo que respecta a la percepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales ésta se correlaciona positivamente con todos los lugares a excepción de trabajar con enfermos en atención primaria y trabajar con

enfermos en urgencias, así como trabajar con enfermos pediátricos, en cuyo caso correlaciona negativamente. Dichas correlaciones, tanto las positivas como las negativas son mínimas-bajas. Por último en lo que respecta a la percepción de preparación emocional para cuidar enfermos normales, ésta se correlaciona positivamente con todos los lugares a excepción a trabajar con enfermos pediátricos, siendo dichas correlaciones mínimas-bajas.

En lo que respecta a la correlación de estas cuatro variables con la escala de actitudes ante la muerte, observamos las siguientes correlaciones para cada una de las actitudes:

		ACT_ miedoM	ACT_ evitaciónM	ACT_ aceptación	ACT_ aceptación Acer	ACT_ Aceptacion Esc	
Rho de Spearman	Asis_ EnfT	Coefficiente de correlación	-,143**	-,084**	,091**	,009	-,078*
		Sig. (bilateral)	,000	,006	,003	,760	,011
	Asist_ EnfN	Coefficiente de correlación	-,046	-,049	,049	-,012	-,071*
		Sig. (bilateral)	,128	,107	,111	,684	,020
	Emoci o_Enf T	Coefficiente de correlación	-,239**	-,194**	,148**	-,063*	-,043
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,038	,162
	Emoci o_Enf N	Coefficiente de correlación	-,037	-,055	,115**	-,028	-,047
		Sig. (bilateral)	,222	,074	,000	,358	,126

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: **Asis_EnfT:** autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales; **Asis_EnfN:** autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales; **Emoc_EnfT:** autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales; **Emoc_EnfN:** autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales; **ACT_miedoM:** actitud de miedo a la muerte; **ACT_evitaciónM:** actitud de evitación de la muerte; **ACT_aceptación:** actitud de aceptación de la muerte; **ACT_aceptaciónAcer:** actitud de aceptación de acercamiento de la muerte; **ACT_aceptaciónEsc:** actitud de aceptación de escape de la muerte.

Tabla 66. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con las actitudes ante la muerte*

Así, a razón de la tabla podemos referir que el ítem percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales correlaciona negativamente con las actitudes de miedo a la muerte, y aceptación de escape de la muerte. Por su parte se correlaciona positivamente con la aceptación neutral de la muerte. En lo que respecta al ítem

percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales, éste únicamente correlaciona negativamente con la aceptación de escape. Por su parte, respecto a la autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales, éste correlaciona positivamente con la aceptación neutral, mientras que correlaciona negativamente con la actitud de miedo, y la actitud de evitación. Finalmente, la percepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales, únicamente correlaciona positivamente con la aceptación neutral de la muerte.

Cabe referir que todas las correlaciones expuestas se pueden considerar como mínimas.

Por otro lado, si valoramos la relación de dichas variables con la competencia percibida y la autoeficacia, ambas frente a la muerte, podemos advertir lo siguiente:

			Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales	Autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales
Rho de Spearman	Sumatorio competencia percibida frente a la muerte	Coefficiente de correlación	,388**	,193**	,435**	,215**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
	Sumatorio autoeficacia frente a la muerte	Coefficiente de correlación	,439**	,298**	,521**	,353**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						

Tabla 67. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte*

Así, destaca que el sumatorio competencia percibida frente la muerte se correlaciona positivamente con la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar a enfermos terminales y no terminales, del mismo modo que ocurre con la autoeficacia frente a la muerte. En ambos casos, las correlaciones son moderadas, destacando que aquellas correlaciones que presentan mayor potencia son aquellas que se presentan ante pacientes terminales

Por último, evidenciaremos las correlaciones entre la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar a enfermos terminales y no terminales, y el miedo y la ansiedad ante la muerte:

			Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte del otro	Miedo al proceso de morir del otro	Ansiedad ante la muerte (DAS)
Rho de Spearman	Asis_EnfT	Coeficiente de correlación	-,080**	-,014	-,114**	-,077*	-,151**
		Sig. (bilateral)	,009	,650	,000	,012	,000
	Asist_EnfN	Coeficiente de correlación	-,003	,065*	-,036	,028	-,091**
		Sig. (bilateral)	,918	,034	,236	,366	,003
	Emocio_EnfT	Coeficiente de correlación	-,139**	-,122**	-,188**	-,149**	-,216**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	Emoc_EnfN	Coeficiente de correlación	-,006	,025	-,043	-,029	-,112**
		Sig. (bilateral)	,853	,421	,163	,337	,000
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).							
* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).							
Nota: Asis_EnfT : autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales; Asis_EnfN : autopercepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales; Emoc_EnfT : autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales; Emoc_EnfN : autopercepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales.							

Tabla 68. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS*

Así pues, en base a lo expuesto, el miedo a la propia muerte correlaciona negativamente con la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales, mientras que el miedo al propio proceso de morir correlaciona negativamente con la percepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales, y positivamente con la percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales. En lo que respecta al miedo a la muerte del otro, ésta correlaciona negativamente con la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales, y la percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales. Si hablamos del miedo al proceso de morir del otro, éste correlaciona

negativamente con la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar al enfermo terminal.

Finalmente respecto a la ansiedad ante la muerte (escala DAS), ésta correlaciona negativamente con la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales. Si bien, todas las correlaciones expuestas son mínimas-bajas.

Predilección laboral:

Referir en primer lugar que ya evidenciamos las correlaciones existentes entre la predilección laboral y la percepción de preparación asistencia y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales, así como haber presenciado un fallecimiento. Así pues, en primer lugar vamos a analizar las correlaciones entre las diferentes predilecciones laborales:

Rho de Spearman			Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	Trabajar con enfermos en atención primaria	Trabajar con enfermos pediátricos	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	Trabajar con enfermos en urgencias
Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	Coeficiente de correlación	1,000		,294**	,172**	-,041	,311**	,258**	,267**
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,175	,000	,000	,000
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	Coeficiente de correlación	,294**	1,000		,011	,045	,390**	,184**	,149**
	Sig. (bilateral)	,000			,722	,143	,000	,000	,000
Trabajar con enfermos en atención primaria	Coeficiente de correlación	,172**	,011	1,000		,043	,130**	-,100**	-,038
	Sig. (bilateral)	,000	,722			,161	,000	,001	,209
Trabajar con enfermos pediátricos	Coeficiente de correlación	-,041	,045	,043	1,000		-,098**	,072*	,038
	Sig. (bilateral)	,175	,143	,161			,001	,019	,213
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	Coeficiente de correlación	,311**	,390**	,130**	-,098**	1,000		,126**	,063*
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,001			,000	,039
Trabajar con enfermos ingresados en UCI	Coeficiente de correlación	,258**	,184**	-,100**	,072*	,126**	1,000		,586**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,001	,019	,000			,000
Trabajar con enfermos en urgencias	Coeficiente de correlación	,267**	,149**	-,038	,038	,063*	,586**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,209	,213	,039	,000		

Tabla 69. Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral

Podemos referir así que los alumnos con deseos de trabajar con enfermos en un hospital de agudos correlacionan positivamente con el resto de lugares a excepción de trabajar con enfermos pediátricos. Por su parte aquellos que desean trabajar con enfermos terminales de cáncer correlacionan positivamente, como ya vimos con agudos, con enfermos terminales geriátricos y con pacientes de UCI y urgencias. Aquellos que desean trabajar en atención primaria, correlacionan positivamente con enfermos agudos y enfermos terminales geriátricos, mientras que correlacionan negativamente con enfermos de UCI y urgencias. Respecto a los estudiantes que desean trabajar con enfermos pediátricos, éstos correlacionan de manera negativamente con trabajar con enfermos terminales geriátricos y positivamente con enfermos de UCI. En cuanto a los alumnos con deseos de trabajar con enfermos terminales geriátricos, éstos correlacionan positivamente con todos los lugares, a excepción de trabajar con enfermos pediátricos, en cuyo caso se correlaciona negativamente. Por su parte, aquellos alumnos con deseo de trabajar con enfermos ingresados en UCI, correlacionan positivamente con todos los lugares, a excepción de trabajar con enfermos en atención primaria, que como ya vimos correlaciona negativamente. Por último, el deseo de trabajar con enfermos en urgencias correlaciona positivamente con trabajar con enfermos agudos, enfermos terminales de cáncer y geriátricos y enfermos ingresados en UCI.

Cabe remarcar, que las correlaciones expuestas se pueden considerar moderadas.

A continuación expondremos las correlaciones entre la predilección laboral y las diferentes dimensiones de la inteligencia emocional:

			Inteligencia emocional. Atención	Inteligencia emocional. Claridad	Inteligencia emocional. Reparación
Rho de Spearman	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	Coefficiente de correlación	,021	,148**	,114**
		Sig. (bilateral)	,491	,000	,000
	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	Coefficiente de correlación	-,007	,059	,069*
		Sig. (bilateral)	,824	,054	,024
	Trabajar con enfermos en atención primaria	Coefficiente de correlación	,102**	,126**	,096**
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,002
	Trabajar con enfermos pediátricos	Coefficiente de correlación	,044	,027	,055
		Sig. (bilateral)	,147	,382	,072
	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	Coefficiente de correlación	,086**	,092**	,101**
		Sig. (bilateral)	,005	,003	,001
	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	Coefficiente de correlación	-,070*	,120**	,131**
		Sig. (bilateral)	,021	,000	,000
	Trabajar con enfermos en urgencias	Coefficiente de correlación	-,102**	,109**	,136**
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,000
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					
* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					

Tabla 70. Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con la Inteligencia emocional

En base a los resultados de la tabla 70, podemos referir que la dimensión atención de la IE correlaciona positivamente con trabajar con enfermos en atención primaria, enfermos terminales geriátricos, y negativamente con trabajar con enfermos ingresados en UCI y en urgencias. En lo que respecta a la dimensión claridad de la IE, ésta correlaciona positivamente con trabajar en enfermos de un hospital de agudos, con enfermos en atención primaria, con enfermos terminales geriátricos, y con enfermos ingresados en UCI y urgencias. Por su parte, la dimensión reparación de la IE correlaciona

con los mismos lugares que la dimensión claridad, además de correlacionar positivamente con trabajar con enfermos terminales de cáncer. Remarcar que las correlaciones expuestas se pueden considerar mínimas-bajas.

A continuación expondremos las correlaciones entre la predilección laboral y las actitudes ante la muerte, con sus respectivas subescalas:

		Miedo a la muerte	Evitación de la muerte	Aceptación de la muerte	Aceptación de acercamiento de la muerte	Aceptación de escape de la muerte	
Rho de Spearman	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	Coefficiente de correlación	-,046	-,065*	,095**	-,104**	-,059
		Sig. (bilateral)	,132	,034	,002	,001	,052
	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	Coefficiente de correlación	-,137**	-,139**	,043	-,028	-,046
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,164	,362	,131
	Trabajar con enfermos en atención primaria	Coefficiente de correlación	-,014	-,048	,057	,041	,002
		Sig. (bilateral)	,652	,114	,062	,182	,954
	Trabajar con enfermos pediátricos	Coefficiente de correlación	,079**	,088**	-,102**	,069*	-,015
		Sig. (bilateral)	,009	,004	,001	,024	,627
	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	Coefficiente de correlación	-,064*	-,083**	,040	,036	,013
		Sig. (bilateral)	,036	,006	,189	,235	,661
	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	Coefficiente de correlación	-,053	-,026	,084**	-,031	-,012
		Sig. (bilateral)	,083	,398	,006	,316	,703
	Trabajar con enfermos en urgencias	Coefficiente de correlación	-,040	-,004	,054	-,053	-,045
		Sig. (bilateral)	,189	,893	,075	,082	,138
	** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						
	* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).						

Tabla 71. Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con las actitudes ante la muerte

De los resultados se desprende que aquellos sujetos con miedo a la muerte correlacionan positivamente con una predilección laboral por trabajar con enfermos

pediátricos, mientras que correlaciona negativamente con trabajar con enfermos terminales geriátricos y de cáncer.

Por su parte, aquellos sujetos que presentan actitudes de evitación, correlacionan positivamente con trabajar con enfermos pediátricos, y negativas con trabajar con enfermos terminales de cáncer y geriátricos, además de trabajar con enfermos en un hospital de agudos.

Aquellos que presentan actitudes de aceptación, correlacionan positivamente con trabajar en un hospital de agudos y trabajar con enfermos ingresados en UCI, mientras que correlacionan negativamente con trabajar con enfermos pediátricos.

Finalmente, la actitud aceptación de acercamiento correlaciona negativamente con trabajar con enfermos en un hospital de agudos, y positivamente con trabajar con enfermos pediátricos. Remarcar que las correlaciones expuestas se pueden considerar mínimas-bajas.

Por su parte, si estudiamos las correlaciones entre la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte, y los lugares donde desearían desempeñar los alumnos su futuro profesional obtenemos los siguientes resultados:

			Competencia percibida frente a la muerte	Autoeficacia frente a la muerte
Rho de Spearman	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	Coeficiente de correlación	,104**	,199**
		Sig. (bilateral)	,001	,000
	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	Coeficiente de correlación	,241**	,254**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Trabajar con enfermos en atención primaria	Coeficiente de correlación	,043	,045
		Sig. (bilateral)	,156	,144
	Trabajar con enfermos pediátricos	Coeficiente de correlación	-,020	-,019
		Sig. (bilateral)	,511	,538
	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	Coeficiente de correlación	,148**	,223**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	Coeficiente de correlación	,147**	,208**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Trabajar con enfermos en urgencias	Coeficiente de correlación	,090**	,157**
		Sig. (bilateral)	,003	,000
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				
* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).				

Tabla 72. Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte

En lo que respecta a la competencia percibida frente a la muerte y la autoeficacia frente a la muerte, ambas correlacionan positivamente con el deseo de trabajar con enfermos en un hospital de agudos, con enfermos terminales de cáncer, con enfermos terminales geriátricos, con enfermos ingresados en UCI y finalmente con enfermos en urgencias. Destacando que dichas correlaciones se consideraran mínimas-bajas

Finalmente, el deseo de trabajar en cada uno de los lugares propuestos correlaciona con la escala de miedo a la muerte y la escala DAS de la siguiente manera:

		Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte del otro	Miedo al proceso de morir del otro	Ansiedad ante la muerte (DAS)	
Rho de Spearman	Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	Coeficiente de correlación	,019	,090**	-,001	,070*	-,041
		Sig. (bilateral)	,530	,003	,985	,022	,183
	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	Coeficiente de correlación	-,062*	-,044	-,059	-,029	-,120**
		Sig. (bilateral)	,043	,154	,054	,344	,000
	Trabajar con enfermos en atención primaria	Coeficiente de correlación	-,020	,078*	,023	,045	-,023
		Sig. (bilateral)	,515	,011	,451	,137	,447
	Trabajar con enfermos pediátricos	Coeficiente de correlación	,076*	,060	,096**	,069*	,035
		Sig. (bilateral)	,013	,051	,002	,025	,246
	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	Coeficiente de correlación	-,043	,024	-,029	,045	-,045
		Sig. (bilateral)	,164	,441	,345	,144	,139
	Trabajar con enfermos ingresados en UCI	Coeficiente de correlación	-,004	,040	,007	,024	-,096**
		Sig. (bilateral)	,908	,194	,806	,435	,002
	Trabajar con enfermos en urgencias	Coeficiente de correlación	,036	,073*	,009	,021	-,094**
		Sig. (bilateral)	,243	,017	,768	,483	,002
	**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						
	* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).						

Tabla 73. Rho de Spearman. Correlaciones de la predilección laboral con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS

De éstas, destaca la correlación negativa entre la ansiedad ante la muerte (DAS) y el deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer y geriátricos, con enfermos ingresados en UCI, y con enfermos de urgencias. Así mismo, destaca que aquellas personas con deseos de trabajar con enfermos pediátricos correlacionan positivamente con el miedo a la muerte del otro, y al proceso de morir de éste. Cabe referir que las correlaciones expuestas se consideraran mínimas-bajas

Inteligencia emocional:

A continuación correlacionaremos la inteligencia emocional con todas las variables propuestas, a excepción de las ya tratadas: presencia de un fallecimiento, la percepción de preparación asistencial/emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales, y predilección laboral.

Primeramente pasaremos a ver cómo correlacionan las distintas dimensiones de la inteligencia emocional entre ellas.

Así, se evidencian correlaciones positivas entre la dimensión atención y claridad, y entre claridad y reparación, siendo más intensa la correlación entre claridad y reparación, que entre atención y claridad.

			Inteligencia emocional. Atención	Inteligencia emocional. Claridad	Inteligencia emocional. Reparación
Rho de Spearman	Inteligencia emocional. Atención	Coefficiente de correlación	1,000	,066*	-,035
		Sig. (bilateral)		,030	,253
	Inteligencia emocional. Claridad	Coefficiente de correlación	,066*	1,000	,332**
		Sig. (bilateral)	,030		,000
	Inteligencia emocional. Reparación	Coefficiente de correlación	-,035	,332**	1,000
		Sig. (bilateral)	,253	,000	
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Tabla 74. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional*

En lo que respecta a las correlaciones entre las tres dimensiones de la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte se obtienen los siguientes resultados:

			Inteligencia emocional. Atención	Inteligencia emocional. Claridad	Inteligencia emocional. Reparación	
Rho de Spearman	Miedo a la muerte	Coefficiente de correlación	,208**	-,134**	-,090**	
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,003	
	Evitación de la muerte	Coefficiente de correlación	,069*	-,098**	-,005	
		Sig. (bilateral)	,023	,001	,880	
	Aceptación de la muerte	Coefficiente de correlación	-,078*	,173**	,133**	
		Sig. (bilateral)	,011	,000	,000	
	Aceptación de acercamiento de la muerte	Coefficiente de correlación	,034	-,011	,029	
		Sig. (bilateral)	,271	,730	,340	
	Aceptación de escape de la muerte	Coefficiente de correlación	,036	-,087**	-,112**	
		Sig. (bilateral)	,242	,004	,000	
	*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					
	**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Tabla 75. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional con las actitudes ante la muerte*

Así, la dimensión atención correlaciona negativamente con la actitud de aceptación y positivamente con la de evitación y miedo de la muerte. Por su parte las dimensiones claridad y reparación correlacionan negativamente con las actitudes de miedo, evitación (únicamente en el caso de la claridad), y de aceptación de escape, mientras que ambas correlacionan positivamente con la actitud de aceptación. Las correlaciones expuestas se pueden considerar mínimas-bajas.

Por su parte, las dimensiones, atención, claridad y reparación emocional correlacionan con la competencia percibida frente a la muerte, y la autoeficacia frente a la muerte de la siguiente manera:

			Inteligencia emocional. Atención	Inteligencia emocional. Claridad	Inteligencia emocional. Reparación
Rho de Spearman	Competencia percibida frente a la muerte	Coefficiente de correlación	-,079**	,274**	,211**
		Sig. (bilateral)	,010	,000	,000
	Autoeficacia frente a la muerte	Coefficiente de correlación	-,098**	,295**	,247**
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,000
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Tabla 76. *Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional con la competencia y autoeficacia frente a la muerte*

De este modo la competencia percibida y la autoeficacia, ambas ante la muerte, correlacionan positivamente con la dimensión claridad y reparación, y negativamente con la dimensión atención. Dichas asociaciones son mínimas-bajas.

Finalmente, en lo que respecta a las correlaciones de dichas dimensiones con los miedos y ansiedad ante la muerte, los resultados son los siguientes:

			Inteligencia emocional. Atención	Inteligencia emocional. Claridad	Inteligencia emocional. Reparación	
Rho de Spearman	Miedo a la propia muerte	Coefficiente de correlación	,172**	-,070*	-,034	
		Sig. (bilateral)	,000	,023	,266	
	Miedo al propio proceso de morir	Coefficiente de correlación	,148**	,001	,021	
		Sig. (bilateral)	,000	,968	,498	
	Miedo a la muerte del otro	Coefficiente de correlación	,253**	-,078*	-,047	
		Sig. (bilateral)	,000	,011	,122	
	Miedo al proceso de morir del otro	Coefficiente de correlación	,205**	,037	,060	
		Sig. (bilateral)	,000	,232	,051	
	Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coefficiente de correlación	,232**	-,168**	-,114**	
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					
	**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Tabla 77. Rho de Spearman. Correlaciones de la Inteligencia emocional con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS

La dimensión atención correlaciona positivamente con el miedo a la propia muerte, al propio proceso de morir, a la muerte del otro, al proceso de morir del otro, y con la ansiedad ante la muerte. Por su parte la dimensión claridad correlaciona negativamente con el miedo a la propia muerte, el miedo a la muerte del otro y con la ansiedad ante la muerte. Finalmente, la dimensión reparación correlaciona negativamente con la ansiedad ante la muerte. Las correlaciones expuestas se consideran mínimas-bajas.

Perfil revisado de actitudes hacia la muerte:

Anteriormente pudimos ver las correlaciones de dichas actitudes con: el haber presenciado un fallecimiento, la preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales, la predilección laboral y la inteligencia emocional.

Primeramente vamos a mostrar las correlaciones existentes entre las distintas actitudes ante la muerte:

			Miedo a la muerte	Evitación de la muerte	Aceptación de la muerte	Aceptación de acercamiento de la muerte	Aceptación de escape de la muerte	
Rho de Spearman	Miedo a la muerte	Coefficiente de correlación	1,000	,606**	-,379**	,286**	,209**	
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	
	Evitación de la muerte	Coefficiente de correlación	,606**	1,000	-,277**	,148**	,133**	
		Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	
	Aceptación de la muerte	Coefficiente de correlación	-,379**	-,277**	1,000	-,115**	-,004	
		Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,887	
	Aceptación de acercamiento de la muerte	Coefficiente de correlación	,286**	,148**	-,115**	1,000	,411**	
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	
	Aceptación de escape de la muerte	Coefficiente de correlación	,209**	,133**	-,004	,411**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,887	,000		
	**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).							

Tabla 78. Rho de Spearman. Correlaciones de las actitudes ante la muerte

Así, podemos referir que la actitud aceptación de la muerte correlaciona negativamente con el resto de actitudes, a excepción de la actitud aceptación de escape.

Por su parte, el resto de actitudes correlacionan positivamente con el resto de actitudes. Se puede referir que tales asociaciones son bajas-moderadas.

En cuanto a la correlación de dichas actitudes con la competencia percibida y la autoeficacia frente a la muerte, se obtuvieron los siguientes resultados:

		Competencia percibida frente a la muerte	Autoeficacia frente a la muerte	
Rho de Spearman	Miedo a la muerte	Coeficiente de correlación	-,392**	-,250**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Evitación de la muerte	Coeficiente de correlación	-,386**	-,221**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Aceptación de la muerte	Coeficiente de correlación	,349**	,260**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Aceptación de acercamiento de la muerte	Coeficiente de correlación	,026	-,044
		Sig. (bilateral)	,396	,148
	Aceptación de escape de la muerte	Coeficiente de correlación	,012	-,043
		Sig. (bilateral)	,697	,155
	** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Tabla 79. *Rho de Spearman. Correlaciones de las actitudes ante la muerte con la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte*

Así, en base a los resultados expuestos en la tabla 79 se puede observar que el sumatorio de competencia percibida frente a la muerte, y autoeficacia frente a ésta correlacionan negativamente con las actitudes de miedo hacia la muerte, ocurriendo lo mismo con las actitudes de evitación de la muerte.

Por su parte las actitudes de aceptación correlacionan positivamente con la competencia percibida frente a la muerte y la autoeficacia frente a ésta.

Tales correlaciones se pueden considerar moderadas.

Finalmente, en cuanto a las correlaciones entre las actitudes hacia la muerte y el miedo y ansiedad ante ésta, son las siguientes:

		Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte del otro	Miedo al proceso de morir del otro	Ansiedad ante la muerte (DAS)	
Rho de Spearman	Miedo a la muerte	Coefficiente de correlación	,547**	,346**	,388**	,225**	,614**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	Evitación de la muerte	Coefficiente de correlación	,354**	,237**	,307**	,177**	,413**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	Aceptación de la muerte	Coefficiente de correlación	-,267**	-,101**	-,192**	-,070*	-,323**
		Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,021	,000
	Aceptación de acercamiento de la muerte	Coefficiente de correlación	,071*	,038	,075*	,045	,144**
		Sig. (bilateral)	,021	,211	,014	,142	,000
	Aceptación de escape de la muerte	Coefficiente de correlación	,013	,040	,084**	,041	,137**
		Sig. (bilateral)	,672	,190	,006	,180	,000
	**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						
	* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).						

Tabla 80. Rho de Spearman. Correlaciones de las actitudes ante la muerte con la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y la Escala DAS

En base a lo expuesto, podemos referir que las actitudes de miedo correlacionan positivamente con todas las subescalas de miedo a la muerte y la DAS, ocurriendo idéntica situación en el caso de las actitudes de evitación a la muerte. Por su parte, las actitudes de aceptación correlacionan negativamente con todas las subescalas de miedo y con la escala DAS.

Finalmente, la aceptación de acercamiento correlaciona positivamente con el miedo a la propia muerte, a la muerte del otro y con la escala DAS, mientras que la actitud de aceptación de escape correlaciona con la escala DAS y con el miedo a la muerte del otro.

Escala de competencia percibida frente a la muerte y autoeficacia frente a la muerte.

Anteriormente pudimos ver las correlaciones de la competencia percibida y la autoeficacia frente a la muerte con: haber presenciado un fallecimiento, la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales, la predilección laboral, la inteligencia y las actitudes hacia la muerte.

Así pues, en primer lugar expondremos las correlaciones entre la competencia percibida frente a la muerte y la autoeficacia frente a ésta:

			Competencia percibida frente a la muerte	Autoeficacia frente a la muerte
Rho de Spearman	Competencia percibida frente a la muerte	Coefficiente de correlación	1,000	,607**
		Sig. (bilateral)		,000
	Autoeficacia frente a la muerte	Coefficiente de correlación	,607**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Tabla 81. *Rho de Spearman. Correlaciones de la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte*

En base a los resultados expuestos, se observa que existe una correlación positiva entre ambas muy marcada (0,607).

Por otro lado, estudiando las correlaciones de la competencia percibida frente a la muerte y autoeficacia frente a la misma, con las subescalas de miedo a la muerte y con la escala de ansiedad ante la muerte, se obtienen los siguientes resultados:

			Competencia percibida frente a la muerte	Autoeficacia frente a la muerte
Rho de Spearman	Miedo a la propia muerte	Coefficiente de correlación	-,330**	-,212**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Miedo al propio proceso de morir	Coefficiente de correlación	-,230**	-,100**
		Sig. (bilateral)	,000	,001
	Miedo a la muerte del otro	Coefficiente de correlación	-,344**	-,217**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Miedo al proceso de morir del otro	Coefficiente de correlación	-,200**	-,125**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
	Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coefficiente de correlación	-,404**	-,313**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Tabla 82. Rho de Spearman. Correlaciones de la competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte con las actitudes ante la muerte

Podemos afirmar así, que la competencia percibida frente a la muerte, y la autoeficacia frente a ésta correlacionan negativamente para todas las subescalas de miedo a la muerte y para la escala de ansiedad ante la muerte, siendo dichas correlaciones moderadas.

Escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester y Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS):

Anteriormente pudimos ver las correlaciones de la Escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester y Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) con: haber presenciado un fallecimiento, la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos

terminales y no terminales, la predilección laboral, la inteligencia emocional, las actitudes hacia la muerte y la competencia percibida y autoeficacia, ambas frente a la muerte.

Finalmente, valoraremos las correlaciones entre las subescalas de la Escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester y la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS), obteniéndose los siguientes resultados

			Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte del otro	Miedo al proceso de morir del otro	Ansiedad ante la muerte (DAS)
Rho de Spearman	Miedo a la propia muerte	Coeficiente de correlación	1,000	,451**	,452**	,280**	,498**
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000
	Miedo al propio proceso de morir	Coeficiente de correlación	,451**	1,000	,469**	,469**	,407**
		Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000
	Miedo a la muerte del otro	Coeficiente de correlación	,452**	,469**	1,000	,524**	,430**
		Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
	Miedo al proceso de morir del otro	Coeficiente de correlación	,280**	,469**	,524**	1,000	,293**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000
	Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coeficiente de correlación	,498**	,407**	,430**	,293**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	

**** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

Tabla 83. Rho de Spearman. Correlaciones de la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y Escala DAS

Podemos referir en base a los resultados de la tabla 81 que todos los miedos; el miedo a la propia muerte, al propio proceso de morir, a la muerte del otro y al proceso de morir del otro, correlacionan positivamente entre ellos. De igual manera sucede con la escala DAS que correlaciona positivamente con las ya mencionadas escalas. En dichos casos las correlaciones se pueden considerar moderadas.

The background of the slide is a deep blue gradient. On the left side, there are several vertical, slightly curved light trails that appear to be made of many thin, overlapping lines, creating a sense of motion or depth. Scattered throughout the blue area are numerous small, out-of-focus white and light blue circles, resembling bokeh or distant stars. A horizontal white bar is positioned in the lower right quadrant, containing the section title.

6. Discusión

6. DISCUSIÓN

En el presente apartado procederemos a realizar la discusión de los resultados en base al total de la muestra, al centro, curso, sexo y a las correlaciones con el resto de variables. Finalmente pasaremos a discutir las limitaciones de la presente investigación

6.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Presenciado un fallecimiento:

En base a los resultados obtenidos, podemos referir que para el total de estudiantes (excluyendo los de primero, ya que no han realizado prácticas hospitalarias), existe un alto porcentaje (83,68%) que ha presenciado un fallecimiento durante sus prácticas tuteladas. Pese a que no existen estudios previos a este respecto, entendemos que es un porcentaje elevado si asumimos los resultados de la última Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (año 2012) en la que se evidencia que tal sólo un 4% de los pacientes hospitalizados en España fallece en el hospital.

Por su parte, destaca que la EUECREM presenta un mayor porcentaje de estudiantes que no han presenciado fallecimientos durante sus prácticas hospitalarias, respecto a la FEFP (26,22% y 13,2% respectivamente). Tal circunstancia se presupone que es debido a las unidades dónde desempeñan los estudiantes de ambos centros las prácticas tuteladas. Si bien, los alumnos de ambos centros cursan prácticas en hospitales de segundo y tercer nivel, la FEFP dispone de más unidades de prácticas en la que puede ser más frecuente presenciar el fallecimiento de pacientes, como pueden ser unidades de cuidados paliativos, unidades de cuidados intensivos, etc.

Finalmente cabría destacar que a medida que va aumentando el curso, ocurre lo que a priori es obvio, el porcentaje de estudiantes que no han presenciado un fallecimiento

disminuye paulatinamente; así en cuarto curso únicamente un 4,4% de sujetos no ha presenciado un fallecimiento. Dicho descenso puede explicarse en base a que a medida que el estudiante avanza en cursos académicos, aumenta el número de prácticas hospitalarias, y en consecuencia aumentará también la probabilidad de presenciar un fallecimiento. Así mismo, otra explicación admisible se basa en es el tipo de unidades por las que el estudiante rota. Así, a medida que aumenta el curso, aumentará la complejidad de éstas, y por ende, la probabilidad de presenciar un fallecimiento.

Por otro lado, tal y como vimos en el apartado 4.2. aquellos sujetos que han presenciado el fallecimiento de un paciente durante su periodo de prácticas hospitalarias obtienen puntuaciones más elevadas en la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos no terminales, y emocional para cuidar enfermos terminales, así como en la escala de competencia percibida frente a la muerte, y en la escala de autoeficacia frente a ésta, de manera estadísticamente significativa. Es decir los sujetos que han presenciado un fallecimiento se sienten más preparados y competentes para cuidar y afrontar la muerte de un paciente, que aquellos que previamente no lo han presenciado.

En esta misma línea, aquellos sujetos que aún no han presenciado el fallecimiento de un paciente presentan puntuaciones más elevadas en lo que respecta a la actitud “evitación de la muerte”, también de manera estadísticamente significativa.

Así pues, si bien el diseño metodológico de la presente investigación no permite realizar inferencias, podemos atisbar que el hecho de presenciar un fallecimiento hará que el sujeto asuma el proceso de muerte como un proceso inherente a la condición humana, evitando así que aparezcan en éstos actitudes de evitación de la muerte, repercutiendo

todo ello en una mejor asistencia al enfermo tal y como defienden numerosos autores (Gray, 2009; Maza, Zavala y Merino, 2008; Rooda et Al., 1999; Braun et Al., 2010)..

Percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales:

Como vimos en el punto 4.1. para el total de la muestra se obtuvieron las siguientes puntuaciones medias: percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos terminales 2,94; percepción de preparación emocional para cuidar enfermos terminales 3,2; percepción de preparación asistencial para cuidar enfermos no terminales 3,91; percepción de preparación emocional para cuidar enfermos no terminales 4,17. Así pues, los alumnos manifiestan una preparación regular-alta en relación a la sensación de sentirse preparados emocional y asistencialmente para cuidar enfermos terminales y no terminales.

Es de suponer que si a nivel emocional los alumnos no se sienten muy preparados, menos lo estarán a nivel asistencial, así, tal y como hemos podido ver, las puntuaciones que se obtienen en la preparación emocional siempre son superiores a las de la preparación asistencial, tanto para cuidar enfermos terminales como no terminales. Estos resultados presentan similitud a los propuestos por Colell (2005), el cual obtuvo mayores puntuaciones en la preparación emocional que en la asistencial, tanto para pacientes terminales como no terminales.

Por otro lado, es importante subrayar que las puntuaciones de percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos no terminales, son superiores respecto a las obtenidas en el caso de pacientes terminales; 0,97 puntos de diferencia en ambos casos. Tales resultados se antojan a priori lógicos, y es que, tal y como pudimos observar anteriormente, son abundantes los estudios que evidencian que los estudiantes

expresan mayores dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales, así como con sus familias (Gray, 2009). Cabría remarcar que Colell (2005) refiere en su investigación mayores puntuaciones en la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos no terminales, respecto a enfermos terminales.

Por su parte, cabe destacar la baja puntuación obtenida respecto a la sensación de preparación asistencial para cuidar enfermos al final de su vida (terminales). Tal situación, pone énfasis en la necesidad de aumentar y mejorar la formación en este campo si pretendemos mejorar la eficiencia en el trato al enfermo al final de su vida por parte de los futuros profesionales de enfermería, aspecto compartido también por Rojas Alcántara et al. (2004)

Por su parte, tal y como pudimos ver anteriormente, todas las percepciones de preparación asistencial y emocional, tanto de enfermos terminales como no terminales, correlacionan positivamente entre ellas de manera estadísticamente significativa. Es decir, a medida que aumenta una de ellas aumenta el resto. Dicha situación nos allanaría el camino a la hora de trabajar con la percepción de preparación, y es que si trabajamos una de ellas, previsiblemente el resto aumentará.

Por otro lado destacan las correlaciones que presentan dichas percepciones en cuanto a la predilección laboral. Es destacable el hecho de que ninguna de las percepciones correlaciona positivamente con “trabajar con enfermos pediátricos”, destacando aún más el caso de la correlación negativa entre la preparación emocional para cuidar enfermos terminales y trabajar con enfermos pediátricos. La explicación puede sustentarse en dos hipótesis. La primera de ellas es que los estudiantes de enfermería de ambos centros apenas rotan con pacientes pediátricos, en base a lo cual la predilección

laboral por trabajar con enfermos pediátricos es complicado que se incremente; la segunda de ellas es que los sujetos pueden entender que están más preparados emocional y asistencialmente para cuidar todo tipo de enfermos, a excepción de los pediátricos, pudiéndose considerar a éste un tipo de paciente distinto por las características que éstos presentan. Por su parte, la correlación negativa se puede explicar en base a que aquellos sujetos que refieren menor preparación emocional para cuidar enfermos terminales prefieren trabajar con pacientes pediátricos ya que presumiblemente éstos están más alejados de la muerte. Y es que, si el hecho de proporcionar cuidados de enfermería a un paciente terminal supone para el estudiante de enfermería un estresante para su práctica clínica, el brindar cuidados a un paciente pediátrico terminal puede conmocionar, confundir y desorganizar por la consideración de ésta como una muerte “injusta o innecesaria”.

Por su parte, si analizamos las correlaciones entre la autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales, con las dimensiones de la inteligencia emocional, podemos observar como las dimensiones de ésta última correlacionan para las dimensiones claridad y reparación en todos los casos de forma positiva, mientras que la dimensión atención correlaciona negativamente únicamente con la preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales. En el primero de los casos, aquellas personas que comprendan mejor sus estados emocionales (dimensión claridad) y sean además capaces de regular dichos estados emocionales correctamente (dimensión reparación), tendrán una mejor autopercepción de preparación asistencial y emocional para dispensar cuidados a todo tipo de pacientes. Por el contrario, aquellas personas con bajos niveles en la dimensión atención, es decir, con escasa capacidad de sentir y expresar sentimientos de forma adecuada presentarán mayor autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales,

y es que el hecho de prestar escasa atención actuara como un protector ante la aversión a todo lo relacionado con la muerte. Es decir, si mi atención es escasa seré menos consciente de lo que ocurre a mí alrededor, y por ende, mostraré una mejor autopercepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales aunque ésta no sea real.

Seguidamente, podemos observar que la autopercepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos al final de su vida correlaciona positivamente con las actitudes de aceptación de la muerte, mientras que correlaciona negativamente con las actitudes de miedo y evitación. Así pues, aquellos sujetos que refieran mayor preparación, presentarán mejores actitudes hacia el paciente moribundo, repercutiendo ello es una previsible mejor atención sobre éste, ya que actitudes de evitación y miedo, se mantienen bajas.

Por otro lado, cabe reseñar que la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales, como es obvio, correlaciona positivamente con los resultados obtenidos en la escala de competencia percibida frente a la muerte, y la escala de autoeficacia frente a ésta. Es decir, a mayor competencia y autoeficacia, ambas frente a la muerte, mayor percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos, sean del tipo que sean.

Para terminar con las correlaciones, cabría remarcar que la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales correlaciona negativamente con la escala de miedo a la muerte de Collet Lester, y con la escala de ansiedad ante la muerte. Así, aquellos sujetos que obtienen puntuaciones elevadas en cuanto a preparación para cuidar enfermos terminales se refiere, presentan menos miedo y ansiedad ante la muerte. En base a ello, podemos presuponer que si mejoramos la preparación asistencial y emocional para

cuidar enfermos terminales en el estudiante de enfermería, disminuir los niveles de miedo y ansiedad que presenta éste, y por ende, mejorará el cuidado que se brinda hacia este tipo de paciente.

Por otro lado destaca que la preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos no terminales correlaciona negativamente con la escala de ansiedad ante la muerte, situación que no sucede con la escala de miedo ante la muerte. La explicación a ello puede radicar en el propio concepto de miedo y ansiedad. Así, al tratarse de un enfermo no terminal, la muerte como tal no es próxima, es decir, no hay objeto, con lo cual aparecerá ansiedad en lugar de miedo.

Por otro lado si valoramos las diferencias inter grupos para cada uno de los centros, podemos referir que no existen diferencias significativas entre estos a excepción de la preparación emocional para cuidar enfermos terminales, siendo estadísticamente superior la puntuación de la FEFP. Dichos resultados se pueden deber al momento en el que se administraron los cuestionarios, ya que en el caso de la EUECREM en dicho momento los estudiantes de tercero aún no habían cursado la asignatura de cuidados complejos, y en consecuencia, no habían recibido formación en lo que al paciente terminal/paliativo se refiere. Así mismo, las asignaturas de psicología por plan de estudios en la EUECREM están segmentadas en tres asignaturas, mientras que en la FEFP en dos, así, la formación que habían recibido los estudiantes, dependiendo del momento en que se administraban los cuestionarios, no era la misma. Pese a ello, debido al diseño metodológico de la presente investigación, no se puede concluir por qué la EUECREM obtiene menores puntuaciones en la preparación emocional para cuidar enfermos terminales.

Por otro lado, si ahondamos en las puntuaciones obtenidas por curso podemos observar que a medida que avanzan los cursos, las puntuaciones para la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales, van incrementándose. Así la puntuación de cuarto es estadísticamente superior en todos los casos a la de primero. Dicho incremento puede ser debido principalmente al aumento de situaciones en las que el estudiante de enfermería se enfrenta a enfermos terminales y no terminales. Así en primero, debido a que el estudiante aún no se ha enfrentado a ningún paciente, es decir, no ha realizado prácticas hospitalarias, la percepción de preparación será baja, por el contrario, cuando el alumno ya ha realizado varios rotatorios, y en consecuencia se ha visto sometido a situaciones de cuidado de pacientes, la percepción de preparación que éste refiere es mucho mayor.

Para finalizar, si atendemos al sexo podemos referir que de manera estadísticamente significativa las mujeres puntúan más bajo en cuanto a la percepción de preparación asistencial y emocional para cuidar enfermos terminales y no terminales, respecto a las puntuaciones que obtienen los hombres. Dicha situación es común a lo largo de toda la investigación, y como iremos viendo, similar a los resultados obtenidos en diferentes investigaciones. La explicación a ello se puede deber a lo que afirma Lonetto & Templer (1988), exponiendo que las mujeres tienden a puntuar más alto en los auto inventarios de ansiedad, malestar e inadaptación, así como a mostrar una baja percepción personal, presentando así una auto-imagen más negativa.

Predilección laboral:

En base a los resultados expuestos en el punto 4.1., se puede observar que para el total de la muestra el lugar que más predilección laboral presenta es el “trabajar con enfermos en urgencias”, mientras que el que menos predilección presenta es “trabajar con

enfermos terminales geriátricos” seguido muy de cerca por “trabajar con enfermos terminales de cáncer”, resultados en línea a los obtenidos por otros investigadores, en los que se evidencia que los alumnos prefieren no trabajar con enfermos terminales si tienen la opción de escoger ya que tal situación puede predisponer en éstos la aparición de malestar en el sujeto. Destaca que la primera opción sea trabajar con enfermos en urgencias, quizás motivado por la corriente de series televisivas de índole sanitaria que muestran casos de urgencias en su mayoría. Así mismo, dicha predilección se puede explicar en el hecho de que la media de edad está cercana a 22 años, es decir, es una población joven, más propicia a buscar emociones fuertes y, por ende, a preferir lugares de trabajo donde pueden presentarse éstas, pudiéndose argumentar así también que la predilección por trabajar con enfermos ingresados en UCI sea la segunda opción.

En lo que respecta a la baja predilección por trabajar con enfermos terminales, cabe subrayar la idea de que pese a que no es la opción preferida, el futuro profesional de enfermería tendrá que atender a un importante número de enfermos terminales a lo largo de su labor profesional. En el caso del bajo deseo de trabajar con enfermos terminales de cáncer, podemos presuponer que el proceso de morir, impregnado de todo tipo de sentimientos (pena, rabia, tristeza, desesperación, apatía...) como es el caso de los pacientes con cáncer, puede ocasionar en los estudiantes múltiples reacciones, entre las que destacan la negación de los sentimientos, la activación de pérdidas pasadas, aumento de tristeza, miedo a padecer él o sus familiares tal patología, etc. Es decir, el proceso de morir en el paciente oncológico no sólo es una vivencia del enfermo y la familia, sino que el estudiante de enfermería también experimentará tal dolor, miedo y/o ansiedad. Así, no entrará entre los lugares de predilección. En lo que respecta a la baja predilección por trabajar con enfermos terminales geriátricos, pese a no ser tampoco una de las opciones preferidas, el creciente envejecimiento poblacional, predispone que el futuro profesional

de enfermería deba atender a un elevado número de personas ancianas en su proceso de morir. Al igual que el caso anterior, nos interesaba averiguar hasta qué punto el estudiante de enfermería está motivado para desempeñar su futura labor profesional con este tipo de enfermos, así, en varios estudios llevados a cabo por Neimeyer (1997), se pone de relevancia que el personal y estudiante de enfermería no están motivados para trabajar con personas ancianas en su proceso de morir. Éste, sopesa que la propia actitud que se tiene hacia la muerte, puede tener gran influencia en las actitudes hacia los ancianos, es decir, las actitudes negativas hacia los ancianos pueden estar mediatizadas por la ansiedad ante la muerte.

Así pues, ante esta realidad, se hace imprescindible no sólo el aporte al enfermo terminal, sino también al equipo asistencial que se encarga de cuidar a éste. No cabe duda que una buena formación y una adecuada preparación para afrontar los cotidianos procesos de morir, pueden ayudar al futuro profesional de enfermería a sentirse mejor a la hora de elaborar sus propios miedos, que entre otros aspectos, pueden ser la causa del poco deseo de trabajar con este tipo de enfermos.

En cuanto las correlaciones de la predilección laboral con el resto de variables, cabría destacar en primer lugar que aquellos sujetos que presentan mayor predilección por trabajar con enfermos terminales, ya sean geriátricos o de cáncer, obtienen mayores puntuaciones en las actitudes de aceptación de la muerte, mientras que obtienen menores puntuaciones en las actitudes de evitación y de miedo hacia la muerte, ocurriendo tales situaciones a la inversa. Es decir, aquellos sujetos que aceptan la muerte como un proceso biológico, y que, por ende, no muestran actitudes de miedo y evitación ante ésta, presentarán mayor predilección por trabajar con enfermos terminales, situación que presumiblemente nos hace pensar que la educación de los estudiantes de enfermería hacia la aceptación de la muerte como un proceso biológico más, hará que en éstos aparezcan

menos actitudes de miedo y evitación, y por ello, prestar cuidados de mayor calidad hacia los pacientes en situación terminal.

Al mismo tiempo destaca que la predisposición por trabajar con enfermos pediátricos correlaciona positivamente con las actitudes de miedo y evitación, y negativamente con las actitudes de aceptación. La explicación a tal situación se puede sustentar en que los sujetos que son incapaces de aceptar la muerte como un final biológico, y en consecuencia la rechazan, la evitan o la tienen miedo, prefieren trabajar con enfermos pediátricos por el presumible pensamiento de que éstos están más alejados de la muerte y en consecuencia fallecerán en menor medida.

En lo que respecta a las correlaciones de la inteligencia emocional con los lugares de predilección laboral, entre otras destaca que aquellas personas que tienen predilección por trabajar con enfermos terminales, bien de cáncer o bien geriátricos, correlacionan positivamente con la dimensión reparación, es decir, son personas que regulan mejor sus estados emocionales y en consecuencia, el desempeño laboral en dichas unidades no supondrá un estresante. Y es que tal y como defiende Salovey et al. (2002) niveles altos en la dimensión reparación suponen una mejor adaptación a situaciones estresantes en el medio laboral. Por su parte, destaca que la dimensión atención correlaciona negativamente con el deseo de trabajar con enfermos ingresados en UCI y en urgencias, situación que puede tener su explicación en que aquellos sujetos con niveles de adaptación psicológica óptimos, mostrarán niveles moderados o bajos en atención emocional. Así, en dichas unidades el presentar cuidados implica enfrentarse a situaciones estresantes, situaciones que requerirán una correcta adaptación psicológica por parte del profesional en enfermería.

En cuanto a las correlaciones de la competencia percibida y la autoeficacia, ambas frente a la muerte, con la predilección laboral, si bien, todos los lugares a excepción de trabajar con enfermos en atención primaria y con enfermos pediátricos correlacionan positivamente, la mayor fuerza de asociación se da con trabajar con enfermos terminales de cáncer y geriátricos. Así pues, como es lógico pensar, aquellos sujetos con altos deseos de trabajar con enfermos terminales, presentan mayor competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte, de tal modo que aquellas personas que presenten poca competencia percibida y autoeficacia frente a la muerte, desearán en menor medida trabajar con enfermos terminales. Por todo ello se antoja esencial desarrollar estrategias educativas encaminadas a aumentar ambos procesos emocionales a fin de tener profesionales enfermeros que no rehúyan en desempeñar sus funciones como enfermeros frente a enfermos en situación terminal.

Para concluir las correlaciones, cabría exponer la relación entre la predilección laboral y la escala de ansiedad ante la muerte. En base a los resultados obtenidos, podemos concluir que aquellos sujetos con elevada predilección laboral por trabajar con enfermos terminales, sean geriátricos o de cáncer, tienen puntuaciones menores de ansiedad ante la muerte. Así pues, cabría esperar, que si los niveles de ansiedad ante la muerte se reducen en un sujeto, tengamos futuros profesionales más predispuestos a trabajar con este tipo de pacientes, y en consecuencia sujetos que no evitarán tratar a éstos.

Destaca así mismo la correlación negativa entre la predilección laboral por trabajar con enfermos en UCI y en urgencias con la ansiedad ante la muerte. De modo que aquellos sujetos con interés por trabajar en ambas unidades presentan bajos niveles de ansiedad ante la muerte. La explicación a tal circunstancia puede ser que en ambas unidades es común tratar a pacientes en situaciones críticas, cercanas a la muerte, es decir, situaciones estresantes. De tal modo que las personas que deseen trabajar en dichas

unidades deben poseer un control mayor de la ansiedad en general. Así, son varios los estudios que relacionan que aquellas personas con bajos niveles de ansiedad rasgo, tendrán bajos niveles de ansiedad ante la muerte (Lonetto & Templer, 1988).

Ahondando en las diferencias inter grupos, destaca únicamente la diferencia significativa entre centros en relación a la predilección laboral a trabajar con enfermos en atención primaria. Dicha diferencia se puede sustentar en que en el momento de administrar las encuestas, únicamente un tercio del cuarto curso de la EUECREM había cursado prácticas en atención primaria, mientras que todo cuarto y dos tercios de tercero de la FEFP si habían cursado prácticas en atención primaria, con lo que han tenido una experiencia más cercana con atención primaria, lo que ha podido decantar una mayor predilección laboral por ésta en la FEFP.

Si hacemos referencia a la evolución de las diferentes predisposiciones a lo largo de los cuatro años de carrera, podemos ver como todas las predilecciones aumentan a lo largo de los cuatro años, a excepción de trabajar con enfermos ingresados en UCI y en urgencias, las cuales se mantienen estables, y trabajar con enfermos pediátricos, la cual disminuye a lo largo de los cuatro años de carrera. En el caso de aquellas que puntúan más en cuarto que en primero, de manera estadísticamente significativa, esto se puede deber a que el estudiante de enfermería se enfrenta a una nueva realidad. Es decir, el alumno de primero no ha tenido contacto alguno, en cuanto a cuidados se refiere, con ningún tipo de paciente, es por ello que a medida que va avanzando la carrera y va realizando cuidados en ellos, el interés de éstos puede aumentar. En caso opuesto nos encontramos con la predilección por trabajar con enfermos pediátricos, siendo la predilección mayor en primero que en cuarto. Este descenso se puede deber a la idealización en relación a los pacientes pediátricos, la cual a medida que avanza la carrera pierde peso en detrimento de otros lugares. Así, cuando el alumno realiza el rotatorio con

enfermos pediátricos, puede observar que lo idealizado dista de la realidad. Los alumnos refieren que éstos son pacientes de más dificultoso trato, menos comunicativos y con familiares excesivamente protectores. Tal situación puede explicar la diferencia significativa que se da entre las puntuaciones de primero y cuarto curso.

Por su parte, el hecho de que la predilección laboral por trabajar con enfermos en urgencias y UCI se mantenga estable a lo largo de los cuatro años, se puede argumentar en que tal predilección desde primero es elevada. Así, a medida que los conocimientos y habilidades aumentan, éstos siguen queriendo desempeñar su labor profesional con éste tipo de pacientes, no disminuyendo, pero tampoco aumentando, ya que los niveles previos de predilección eran muy elevados.

Finalmente en cuanto a la evolución por cursos, cabe destacar el aumento significativo de la predilección por trabajar con enfermos terminales geriátricos, siendo dicho aumento el mayor de todos los posibles lugares (1,17 puntos de primero a cuarto). La explicación a tal circunstancia se puede sustentar en el hecho de que la predilección en primero por trabajar con éste tipo de pacientes es excesivamente baja (la menor), más fundamentado en el hecho de que la mayoría de alumnos presentan poco interés en brindar cuidados a los pacientes ancianos que en el hecho de brindar cuidados a un paciente en situación terminal.

En cuanto a la predilección laboral, relacionada ésta con el sexo, podemos observar que las mujeres muestran mayor predilección laboral que los hombres por trabajar con enfermos pediátricos. Dicha predilección puede tener explicación en el instintito materno que éstas tienen, así como el papel “cuidador” que éstas han recibido desde pequeñas (Collel, 2005). Por su parte, los hombres muestran mayor predilección por trabajar con enfermos ingresados en urgencias y en unidades de cuidados intensivos.

Pudiéndose explicar en base a que estas unidades serán las que requieran un mayor control del estrés, siendo las mujeres menos idóneas para el control de éste (Hernández, 2003), debido a lo cual, dichas unidades no se encontrarán entre sus predilecciones. Similares resultados se obtuvieron en la investigación llevada a cabo por Collel (2005).

Inteligencia emocional

Para cada una de las dimensiones clave de inteligencia emocional se obtuvieron puntuaciones normales-ade cuadas, resultados similares a los evidenciados en poblaciones de similares características. Destaca en este punto las diferencias entre hombres y mujeres en la dimensión atención, mostrando éstas últimas puntuaciones más elevadas. Tal situación se puede sustentar en el hecho de que las mujeres presentan niveles menores de adaptación psicológica, prestando excesiva atención a sus sentimientos en muchos casos.

Pasando a analizar las correlaciones expuestas en el punto 4.1 destaca en primer lugar las correlaciones entre las distintas dimensiones de la inteligencia emocional y las actitudes ante la muerte. Así, destaca que las actitudes de miedo y evitación de la muerte correlacionan positivamente para la dimensión atención y negativamente para las dimensiones claridad y reparación, ocurriendo lo inverso para la aceptación de la muerte, es decir, correlacionan negativamente para la dimensión atención y positivamente para la dimensión claridad y reparación. La explicación a ello ha de partir de la idea de que como norma general aquellos sujetos con niveles de adaptación psicológica óptimos, mostrarán niveles moderados o bajos en atención emocional, mientras que las dos dimensiones restantes: la claridad y la regulación emocional presentan puntuaciones elevadas (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004). Precisando en lo que respecta a la dimensión atención aquellos sujetos que presentan niveles moderados de atención emocional, muestran un óptimo empleo de la regulación emocional, debido ello

principalmente a que tendrán en cuenta la información obtenida de sus emociones, así pues, si es excesivamente elevada la atención, es más probable que aparezcan actitudes de rechazo o miedo a la muerte, mientras que puntuaciones moderadas-bajas harán que el sujeto acepte en mayor medida la muerte. En relación a la dimensión claridad emocional niveles elevados de ésta se asocian entre otros con una mayor satisfacción vital, una mejor autoestima y satisfacción interpersonal, así como una mejor adaptación a situaciones estresantes en el medio laboral, así, aquellos sujetos con una elevada claridad correlacionarán positivamente con la aceptación de la muerte, y negativamente con el miedo y negación de la muerte. Por último, en relación a la última de las dimensiones, la regulación emocional está directamente relacionada con la claridad emocional, así pues, aquellas personas que presentan una capacidad elevada de diferenciación de las experiencias emocionales, presentarán una mayor capacidad para regular éstas, correlacionando por ello positivamente con la aceptación de la muerte.

Examinando las correlaciones de la inteligencia emocional con los procesos emocionales, competencia percibida y autoeficacia, ambos frente a la muerte, ocurre idéntica situación a lo expuesto anteriormente. Así, aquellos sujetos más competentes y más autoeficaces frente a la muerte presentarán niveles más elevados de claridad y reparación y menores de atención en lo que a dimensiones de la inteligencia emocional se refiere. Así pues, de nuevo se evidencia la necesidad de formar a los estudiantes de enfermería en la regulación de dichas emociones, ya que tal y como afirman Bellack, (1999) y Hurley (2008) éstos se muestran carentes en este tipo de habilidades, refiriendo que no han recibido suficiente capacitación a lo largo de su currículo formativo. Tendremos así sujetos que pese a estar en continuo contacto con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte..., estarán carentes de habilidades emocionales, las cuales resultan esenciales a la hora de minimizar o al menos controlar situaciones tales como el

estrés, la ansiedad acerca de la muerte, o conductas de evitación, situaciones que afectarán por ende a la calidad de la atención enfermera (Aradilla, 2013). Resultados similares obtuvo Por et al. (2011), el cual mostró una correlación positiva entre la inteligencia emocional y la competencia percibida.

Para concluir las correlaciones, cabría exponer las relacionadas a las dimensiones de la inteligencia emocional con la Escala de miedo a la Muerte y la Escala de Ansiedad ante la muerte.

En lo que respecta a la ansiedad ante la muerte, al igual que viene ocurriendo, ésta correlaciona positivamente con la dimensión atención y negativamente con las dimensiones reparación y claridad, fundamentado ello en lo que anteriormente hemos expuesto. Por su parte, en lo que respecta a la Escala de miedo a la muerte, todas las subescalas correlacionan positivamente para la dimensión atención, a razón de lo ya expuesto.

Así pues, en base a todas las correlaciones expuestas, se antoja esencial la formación en cuanto a modulación de los procesos emocionales se refiere, prestando especial atención en este caso a la inteligencia emocional. Y es que tal y como hemos visto, ésta puede repercutir de manera directa en el trato dispensado al paciente, así como en la buena salud mental del estudiante de enfermería que se enfrentará día a día a situaciones a priori estresantes.

Por su parte, una vez cerradas en las diferentes correlaciones, si profundizamos en las diferencias inter grupos, podemos atisbar lo siguiente:

Atendiendo a la evolución por cursos, destaca que todas las puntuaciones se mantienen estables, a excepción de la dimensión claridad en las mujeres, la cual aumenta

a medida que aumenta el curso, fundamentado ello en la baja puntuación que obtenía la dimensión claridad en primer curso.

Perfil revisado de actitudes hacia la muerte:

Tal y como vimos, para el total de la muestra se obtuvieron los siguientes resultados: actitudes de miedo a la muerte 3,70 puntos de media, actitudes de evitación de la muerte 3,74 puntos de media, actitudes de aceptación de la muerte 5,60 puntos de media, actitudes de acercamiento a la muerte 2,96 puntos de media, y actitudes de aceptación de escape de la muerte 2,84 puntos de media.

En base a éstos, podemos referir que la mayor puntuación se obtiene para la actitud “aceptación de la muerte”, lo cual nos evidencia que la inmensa mayoría de los estudiantes entiende la muerte como un hecho biológico inherente a la condición humana, y en consecuencia desarrolla actitudes de aceptación. En contraposición a ello, la actitud que menos puntuación obtiene es la “aceptación de escape”, es decir, un bajo porcentaje de sujetos entiende la muerte como una vía de escape, a través de la que evadirse del mundo que nos rodea. Junto a estos datos destacan puntuaciones moderadas en lo que respecta a las actitudes de miedo y evitación de la muerte. Tal y como venimos refiriendo en puntos anteriores, el mostrar actitudes de miedo y evitación hacía la muerte, provocará que aquellos pacientes que se encuentren en situación terminal puedan no recibir cuidados de calidad por parte del profesional que presenta dichas actitudes.

En cuanto a las correlaciones de las actitudes ante la muerte con el resto de variables, ya pudimos ver cómo se relacionaba con la percepción de preparación emocional y asistencial para cuidar enfermos terminales y no terminales, con haber presenciado un fallecimiento, con la predilección laboral, y con la inteligencia emocional.

Analizando las correlaciones entre las distintas actitudes, obtenemos resultados obvios, aquellas actitudes de miedo y evitación correlacionan negativamente con las de aceptación. Así, aquellos sujetos que puntúen alto en cuanto actitudes de aceptación, puntuaran bajo en cuanto actitudes de evitación y miedo hacia la muerte. Podemos presuponer así que aquellos sujetos que entiendan la muerte como un proceso natural, y en consecuencia la acepten, no mostrarán actitudes de miedo y evitación hacia la muerte y, por ende, los cuidados prestados al paciente moribundo se antojarán de mayor calidad. Así pues, tal y como refiere Neimeyer (1997), un primer paso en cualquier programa de educación acerca de la muerte, es iniciar el trabajo en base a la muerte, en base a la aceptación de ésta como un proceso más en la vida de una persona.

En lo que respecta a las correlaciones de las actitudes ante la muerte con la Escala de competencia percibida frente a la muerte y la Escala de autoeficacia frente a ésta, ocurre de nuevo lo presumible. Aquellos sujetos que obtienen mayores puntuaciones en ambas escalas, correlacionan positivamente con actitudes de aceptación, por el contrario aquellos sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ambas escalas, correlacionan negativamente con las actitudes de evitación y miedo ante la muerte. Es decir, el hecho de que un sujeto se considere competente frente a la muerte, y autoeficaz para llevar a cabo los cuidados en un paciente moribundo, implicará que éste presente actitudes de aceptación de la muerte, pudiendo desempeñar así sus funciones asistenciales sin problema alguno. Por el contrario aquellos que se sienten menos competentes y autoeficaces tendrán actitudes de evitación y miedo hacia la muerte. Por ello se antoja esencial educar en lo que procesos emocionales ante la muerte se refiere. Es de suponer que si formamos a los estudiantes en tales procesos emocionales, tendremos profesionales que acepten la muerte, y en consecuencia no desarrollen actitudes de evitación y miedo, mostrando así un mejor desempeño de la labor asistencial.

Para finalizar las correlaciones, cabría hablar de la correlación entre las actitudes ante la muerte y la Escala de miedo a la muerte y la Escala de ansiedad ante la muerte. Al igual que en los casos anteriores se hallaron resultados a priori obvios. Así, aquellos sujetos que obtenían puntuaciones altas para la actitud de aceptación, correlacionaban negativamente con la escala de miedo ante la muerte (y todas sus subescalas) y con la escala de ansiedad ante la muerte. Por el contrario, aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones elevadas en actitudes de miedo y evitación, correlacionan positivamente con la Escala de miedo ante la muerte, y la Escala de ansiedad ante la muerte.

Así pues, si mediante la modificación de los procesos emocionales vistos anteriormente, podremos incidir en tener sujetos que acepten la muerte, y en consecuencia no la temen y la eviten, tendremos a su vez sujetos que presumiblemente no tengan miedo a la muerte (en ninguno de sus “tipos”) y no tengan a su vez ansiedad ante la muerte. Así lograremos un doble objetivo, pacientes tratados de la mejor manera posible, independientemente de su situación terminal o no terminal, y por otro lado estudiantes-profesionales sanos, en lo que situaciones de distrés emocional se refiere.

Ahondando en las diferencias inter grupos expuestas en el punto 5.2., en primer lugar podemos observar que las puntuaciones en cuanto a centros son muy similares a excepción de la actitud de “aceptación de escape”, la cual obtienen puntuaciones más elevadas en la FEFP. Es decir, en mayor medida los estudiantes de enfermería de la FEFP entienden la muerte como una situación de escape del mundo que nos rodea. Es importante valorar que a su vez ésta es la actitud que menos puntuación media consigue, debido a lo cual, pese a que las diferencias entre centros son significativas, no cobra especial relevancia en la presente investigación.

En lo que respecta a las diferencias por cursos cabe remarcar tal y como vimos a lo largo del punto 5.2 que todas se mantienen estables a lo largo de los cuatro cursos, a excepción de la actitud “evitación de la muerte” para la cual se evidenciaron diferencias significativas entre las puntuaciones de cuarto y primer curso, siendo inferiores en cuarto curso. El hecho de que se mantengan estables la mayoría de las actitudes contrasta la hipótesis que mantenemos acerca de que las actitudes no se modifican por sí solas, independientemente de las situaciones a las que se haya tenido que enfrentar el alumno en sus prácticas clínicas. Así, si no hay una intervención externa para la mejora de éstas, éstas se mantendrán estables. Quizás la diferencia que se da en lo que respecta a la evitación de la muerte, entre primero y cuarto, guarde relación en lo que respecta a la cultura actual en relación a la muerte. El alumno de primero es un alumno al que socialmente, en mayor o menor medida, se le ha separado de la muerte, se le ha ocultado, y en consecuencia ve la muerte como algo lejano, algo malo que puede romper lo cotidiano. Así a medida que avanza la carrera y se enfrenta a la muerte y al morir, puede asumir ésta como algo inherente a la condición humana, pasando así de un mundo desconocido para él, como es el caso de primer curso, a un cotidiano en su quehacer diario, como es el caso del alumno de cuarto curso. Así, aunque quiera evitar la muerte, debido a su desempeño profesional, no podrá (Carpintero, 2000).

Finalmente, en lo que respecta al sexo, se puede ver, que únicamente se hallaron diferencias significativas entre sexos en la actitud de aceptación neutral, viéndose que las puntuaciones de las mujeres eran inferiores a la de los hombres. Tal hecho se muestra acorde a las ya referidas diferencias entre sexos. Así que, pese a ser la actitud más puntuada por ambos sexos, los hombres obtienen mayores puntuaciones respecto a las mujeres.

Competencia percibida frente a la muerte, y autoeficacia frente a la muerte.

Como se ha expuesto en la parte teórica de la presente investigación, uno de nuestros objetivos es analizar el papel que desempeñan las distintas variables cognitivo-emocionales en el mayor o menor acercamiento emocional de los profesionales de salud, y en concreto, del colectivo de enfermería al enfermo terminal.

En relación a la competencia percibida, tal y como vimos en el punto 5.3., se obtuvieron puntuaciones medias, moderadas para el total de la muestra (47,80 puntos de media sobre 84 puntos posibles), así podemos referir que para el total de la muestra, tendremos estudiantes de enfermería que no se sienten plenamente competentes para tratar pacientes en situación de muerte próxima. Todo ello, tal y como venimos refiriendo anteriormente, evocará situaciones de evitación, y en consecuencia, presumiblemente cuidados de baja calidad hacia éstos.

Por su parte, en la autoeficacia se obtienen puntuaciones más elevadas (medio-altas) en comparación a la competencia percibida. Así se obtienen puntuaciones de 77,46 puntos de media sobre 110 posibles. De este modo, los estudiantes tienen una consideración media-alta acerca de las capacidades para cuidar o enfrentarse a situaciones relacionadas con la muerte.

Las puntuaciones medias obtenidas en ambas escalas se pueden justificar en la escasa formación específica que reciben los estudiantes de enfermería de cara a brindar cuidados hacia el enfermo terminal. La formación se ha centrado más en el paciente crónico y agudo, dejando de lado al paciente terminal, al paciente próximo a su muerte y, mucho más importante, dejando al estudiante de enfermería sin un apoyo para enfrentarse en su cotidiano a la muerte. Así, los estudiantes de enfermería expresarán dificultades en el trato y cuidado hacia el paciente moribundo (Gray, 2009), siendo ello una de las

experiencias más impactantes y estresantes a las que deberá enfrentarse a lo largo de sus prácticas hospitalarias (Benbunan et al., 2007)

En lo que respecta a las correlaciones de la competencia percibida y la autoeficacia frente a la muerte, con el resto de variables que aún no han sido expuestas, destaca primeramente la correlación positiva entre ambas, siendo ésta bastante elevada. Así, aquellos sujetos que se sientan competentes frente a la muerte, se verán al mismo tiempo más autoeficaces para enfrentarse con la muerte. De éste modo, presumiblemente, si se realizan intervenciones encaminadas a aumentar la competencia frente a la muerte, el estudiante se sentirá más competente para llevar a cabo los cuidados de enfermería, y en consecuencia el paciente recibirá mejores cuidados. Como dicha correlación es positiva, a priori el hecho de aumentar las capacidades competenciales del estudiante en lo que respecta a los cuidados, aumentará al mismo tiempo la autoeficacia frente a la muerte.

Finalmente, en la misma línea que los resultados anteriores, si correlacionamos la competencia percibida frente a la muerte y la autoeficacia frente a la muerte con las Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester, y con la Escala de ansiedad ante la muerte, hallamos que existe una correlación negativa entre ambas escalas y la competencia percibida y la autoeficacia, ambas frente a la muerte.

Pese a que los valores de dichas correlaciones son bajos, podríamos atisbar que existe una tendencia a relacionar competencia y autoeficacia con deseo. Así, si desde la Universidad se incidieran en procesos formativos de cara a aumentar la competencia percibida frente a la muerte, y la autoeficacia frente a ésta, el estudiante estaría emocionalmente más preparado para afrontar el proceso de morir, aumentando en consecuencia la calidad asistencial y el bienestar del enfermo moribundo, la familia de éste, y del propio personal asistencial, incluyendo obviamente el estudiante de enfermería.

Es importante remarcar que la competencia percibida frente a la muerte, y la autoeficacia percibida frente a la muerte, siguen un patrón de resultados idénticos.

Ahondando en las diferencias inter grupos para las dos variables expuestas, podemos ver en primer lugar, en lo que respecta a las diferencias entre centros, que tanto para la competencia percibida, como para la autoeficacia frente a la muerte, la FEFP obtiene puntuaciones superiores a la EUECREM de manera estadísticamente significativa. Si bien, el diseño del estudio no permite establecer la relación de causalidad, cabría esperar que tal diferencia se explique en base a que los alumnos de tercero de la FEFP habían realizado la totalidad de prácticas hospitalarias para dicho curso, mientras que los de la EUECREM aún no habían realizado la totalidad de éstas.

Seguidamente, si analizamos las puntuaciones obtenidas para cada uno de los cuatro cursos cabe referir que las puntuaciones de la competencia percibida frente a la muerte, pese a experimentar diferencias a lo largo de los cuatro cursos, estas no son estadísticamente significativas. Sin embargo la autoeficacia frente a la muerte, si experimenta un aumento significativo de las puntuaciones. Así, los alumnos de cuarto obtienen mayores puntuaciones que los de primero. Tal situación se puede deber a que los alumnos, a medida que avanza la carrera van aumentando el número de situaciones en las que se tienen que enfrentar con pacientes moribundos, siendo así mayores las funciones que van desempeñando. Esto podría explicar el hecho de que se sientan más autoeficaces a medida que avanzan los cursos.

Finalmente, en lo que respecta a las diferencias entre sexos, se vuelve a repetir la misma situación observada en las anteriores variables; las mujeres presentan menores puntuaciones que los hombres, en este caso en la escala de competencia percibida frente

a la muerte, y en la escala de autoeficacia frente a la muerte. Es decir, las mujeres se sienten menos competentes, y menos autoeficaces frente a la muerte.

Miedo y ansiedad ante la muerte

En lo que respecta a la escala de miedo ante la muerte de Collet-Lester, tal y como pudimos ver en el apartado 4.1., de ésta la sub-escala que mayor puntuación media obtiene para el total de la muestra es la sub-escala de miedo a la muerte del otro, mientras que la que menor puntuación obtiene es la de miedo a la propia muerte. Destaca así, que de manera estadísticamente significativa, los sujetos encuestados presentan mayor miedo a la muerte del otro, que a su propia muerte, fundamentado esto quizás en el miedo de separación que lleva consigo la muerte. Tales resultados podrían evidenciar que cuando hablamos de miedo a la muerte en un sujeto, ésta es más hacia la muerte del otro que hacia la muerte propia, es decir, es más un miedo de separación, que un miedo al morir en sí.

En lo que respecta a la escala de ansiedad ante la muerte, se obtiene una puntuación media de 7,87 puntos para el total de la muestra, de 15 puntos posibles, es decir, el total de encuestados muestra una ansiedad media ante la muerte. Dichos resultados entran en contraste con otras poblaciones encuestadas, las cuales muestran puntuaciones muy similares a nuestra población de estudio. Pudiendo referir así, que presumiblemente la ocupación modula en escasa medida la ansiedad ante la muerte que presenta el sujeto, resultados en línea a los expuestos por diferentes autores.

Ahondando en las correlaciones de ambas escalas, ya hemos podido ver largo y tendido a lo largo de la presente discusión las correlaciones de éstas con el resto de variables. Así, únicamente cabría referir las correlaciones entre ambas escalas.

Podemos observar, que todas las subescalas de la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester, correlacionan positivamente con la escala de ansiedad ante la muerte. Así pues, pese a ser dos conceptos distintos, tal y como pudimos evidenciar en la revisión, ambos guardan correlación en el caso de la muerte. Es decir, exista objeto real o no (muerte o suposición), el sujeto presentará una o ambas actitudes.

Valorando las diferencias inter grupos para ambas escalas podemos observar lo siguiente:

En lo que respecta a las diferencias entre centros, podemos referir que no se hallan diferencias significativas entre ninguna de las subescalas de la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester, mientras que si se hallan diferencias entre centros en la escala de ansiedad ante la muerte, siendo mayores las puntuaciones de la EUECREM. Tal hecho puede responder a que en la EUECREM, tal y como pudimos ver, los estudiantes presentaban menores niveles de competencia percibida frente a la muerte, y autoeficacia frente a ésta, pudiendo ser ésta la causa de que éstos presenten mayores niveles de ansiedad ante la muerte, por la correlación negativa existente entre ambas.

En lo que respecta a las diferencias por cursos, podemos ver que la ansiedad ante la muerte no experimenta diferencias significativas entre cursos, mientras que únicamente la sub-escala miedo al propio proceso morir, de la escala de miedo a la muerte, experimenta un aumento significativo entre primero y cuarto. Tal situación se puede deber a que a medida que avanzan los cursos, han estado presentes en más fallecimientos, tal y como vimos anteriormente, y en consecuencia han podido presenciar el dolor, el sufrimiento, etc. que lleva consigo el proceso de morir, pudiendo aumentar el miedo a padecer tal sufrimiento.

Tal estabilidad a lo largo de los cursos del miedo a la muerte y la ansiedad ante la muerte entra en contraposición a la creencia popular de que la exposición y el contacto con la muerte reduce los niveles de dichas actitudes.

Finalmente, en lo que respecta al sexo, podemos ver que la ansiedad ante la muerte es estadísticamente mayor en las mujeres que en los hombres. Por su parte en todas las subescalas de la Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester, las mujeres puntúan de manera estadísticamente significativa, más que los hombres. Tales resultados están en la línea de los resultados antes discutidos en base al sexo. Así, tal y como pudimos ver anteriormente, las mujeres tienden a puntuar más alto en el resto de cuestionarios de ansiedad, tanto rasgo como estado y, por ende, puntuaran más alto en cuestionarios de ansiedad ante la muerte. Así mismo, los especialistas abonan la opinión de que las mujeres tienen mayor miedo y ansiedad de separación que los hombres, respondiendo ello a la ansiedad o miedo de separación.

6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A fin de proceder a la discusión de las dificultades y limitaciones halladas en la presente investigación, éstas se clasificarán atendiendo a lo siguiente:

- Verbalización por parte de algunos estudiantes de que el cuestionario es denso a la hora de contestarse.
- El cuestionario desencadenó en algunos estudiantes situaciones estresantes, lo que implicó que tuvieran que dejar éste mientras estaban cumplimentándolo.
- Dificultad de acceso a la población de estudiantes de tercer curso de la FEFP que se encontraba cursando prácticas en atención primaria.
- Diseño metodológico.

Verbalización por parte de algunos estudiantes de que el cuestionario es denso a la hora de contestarse

Tal y como pudimos ver en el punto 4.4.4.1., previo a la administración de cuestionarios, se procedió a realizar 4 pruebas piloto a cuatro estudiantes, a fin de valorar el tiempo estimado para la contestación del mismo. Éstas denotaron tiempos que rondaban entre los 15-20 minutos.

En un primer momento se estimó que al tratarse de un cuestionario voluntario y que se contestaba en momentos en los que no había clase, aquellos sujetos que lo realizarán se mostrarían en disposición plena para ello, no haciéndose costosa la cumplimentación del mismo.

Pese a ello, algunos alumnos que en un primer momento habían mostrado interés en la cumplimentación de éste, una vez que lo entregaban referían verbalmente que les

había resultado largo, denso y en muchas ocasiones reiterativo. Tal circunstancia se puede deber, por un lado, al alto componente psicológico del cuestionario, circunstancia que puede conllevar en el sujeto un alto grado de introspección, generando ello a la larga un posible estrés, y, por otro lado, la continua reiteración temática en lo que a muerte se refiere, situación que podrá generar en el sujeto una situación de desidia respecto al tema.

Ante todo ello, es de esperar las situaciones objetivas y subjetivas que derivaron de ello.

Por un lado, es objetivo que algunos estudiantes no cumplimentaron los cuestionarios en su totalidad tal y como pudimos evidenciar. Muchos de los cuestionarios no cumplimentados dejaron a mitad escalas, otros partes del cuestionario, etc. Cabe remarcar que en ningún momento se establecieron limitaciones de tiempo por lo que aquellos que no se cumplimentaron en su totalidad se sobre entiende que no desearon continuar con el mismo. Tal circunstancia puede responder a la densidad y excesiva duración para la cumplimentación del mismo, o bien a la situación que expondremos en el siguiente punto de discusión (el cuestionario desencadenó en algunos estudiantes situaciones estresantes, lo que implicó que tuvieran que dejar éste mientras estaban cumplimentándolo).

Por su parte, subjetivamente, es de suponer que excesivo tiempo respondiendo al cuestionario, predisponga en el sujeto estrés, ganas de terminar rápido, ansiedad, etc. Situaciones que en mayor o menor medida pueden introducir un “sesgo de cuestionario” en los resultados; máxime cuando evaluamos en gran medida de procesos emocionales.

El cuestionario desencadenado en algunos estudiantes situaciones estresantes, lo que implicó que tuvieran que dejar éste mientras estaban cumplimentándolo

Es sabido, que una de las principales características negativas de las escalas que pretenden cuantificar las actitudes ante la muerte, es que éstas predisponen o exacerban la aparición de cuadros de miedo, ansiedad, etc., en torno al tema de la muerte.

Así, aquellas escalas que pretenden medir la ansiedad ante la muerte, pueden predisponer la aparición de ansiedad ante la muerte en el sujeto. Situación similar a la que ocurrirá con aquellas que cuantifican actitudes, miedos, etc.

Tal situación se pudo observar en de forma objetiva en dos alumnas. Una de ellas expuso que le era imposible abordar el cuestionario por la temática que éste trataba. Otra relató haber perdido a una amiga recientemente, generándole ansiedad el cuestionario en mitad de su cumplimentación.

Junto a las situaciones expuestas, es destacable que el haber expuesto al alumno a expresiones estresantes que pueden desencadenar en éste ansiedad, miedo, etc. puede dar lugar a que los resultados presenten un “sesgo de falseamiento”, tanto en cuanto no se midan las actitudes en rasgo, sino en estado.

Dificultad de acceso a la población de estudiantes de tercer curso de la FEFP que se encontraba cursando prácticas en atención primaria

Tal y como se expuso en el punto 3.4.2.1., la mayor pérdida de población se dio en el tercer curso de grado de la FEFP, afectando a los alumnos que se encontraban en el momento de la administración de los cuestionarios en prácticas clínicas en centros de salud.

Pese a dicha pérdida, ésta no implica que la muestra de tercero de la FEFP no sea representativa para la población de referencia, si bien, tal circunstancia si puede conducir a un “sesgo de procedimiento o un sesgo de selección”; situación que habrá que tener en cuenta de cara a la interpretación de los resultados.

Diseño metodológico

Para finalizar la presente discusión, cabría hacer una serie de aclaraciones en lo que respecta al diseño metodológico del estudio.

En primero lugar, si atendemos a la selección de la muestra, podemos constatar que ésta ha seguido un muestreo de conveniencia. Así pues, se precedió a administrar los cuestionarios a los estudiantes de enfermería de la EUECREM y de la FEFP que se prestaran para ello de forma voluntaria. A razón de lo expuesto, cabría remarcar que los resultados evidenciados en el presente trabajo son representativos para el total de la población de estudiantes de enfermería de la EUECREM y la FEFP, si bien tales resultados, por diseño estadístico, no se podrán inferir a otras poblaciones de estudiantes en enfermería.

Por otro lado, a pesar de que el porcentaje de participación ha sido muy elevado habrá que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados la posible aparición de un “sesgo de autoselección”.

Seguidamente, si hablamos de la administración de cuestionarios, como ya pudimos ver, la mayoría de éstos se administraron por el investigador principal, si bien, algunos de ellos no pudieron ser administrados por éste. Pese a dar una serie de indicaciones a fin de minimizar al máximo los posibles sesgos en los resultados, cabría esperar la posible aparición de un “sesgo del entrevistador” ya que no se puede concluir

de forma fehaciente que los colaboradores de la presente investigación dieran la información a los estudiantes atendiendo a lo anteriormente expuesto.

En cuanto a la cumplimentación del cuestionario, como ya hemos podido ver, muchas de las preguntas guardaban relación con la percepción de un mismo; con la competencia, autoeficacia, percepción de preparación...etc. Es por ello, que habrá que tener en cuenta la posible existencia de un “sesgo de deseabilidad social”, a fin de que el sujeto responda en base a lo que debe ser un “buen enfermero”. Por otro lado, el hecho de incidir en situaciones vinculadas a la muerte, el sujeto puede experimentar situaciones aversivas ante ello, dando lugar a un posible “sesgo de falseamiento”.

Finalmente, en lo que respecta al análisis e interpretación de resultados, hay que destacar en primer lugar las bajas puntuaciones en los coeficientes de correlación de Spearman. Así pues, pese a que muchas de las hipótesis han sido demostradas, cabría tratar los resultados con prudencia, ya que tales correlaciones se entendieron como bajas-moderadas, siendo pocas las correlaciones altas.

Remarcar por último, que tras establecer las correlaciones de Spearman, se procedió a realizar las correspondientes regresiones, si bien éstas evidenciaron muy bajas puntuaciones, situación que llevo a obviar éstas de los resultados de la presente investigación.

The background of the slide is a deep blue gradient. On the left side, there are several vertical, slightly curved light trails that appear to be made of many thin, overlapping lines, creating a sense of motion or depth. Scattered throughout the blue area are numerous small, out-of-focus white and light blue circles, resembling bokeh or distant stars. A horizontal white bar is positioned in the lower right quadrant, containing the section title.

7. Conclusiones

7. CONCLUSIONES

- Los estudiantes de enfermería se sienten más preparados emocional y asistencialmente para cuidar enfermos en general respecto a enfermos en situación terminal.
- No existe un alto nivel de deseo por trabajar con enfermos en situación terminal en comparación con otro tipo de pacientes.
- La dimensión atención de la inteligencia emocional correlaciona positivamente con el miedo y la ansiedad ante la muerte, mientras que las dimensiones claridad y reparación correlacionan negativamente.
- Aquellos sujetos con actitudes negativas frente a la muerte mostrarán niveles más bajos de los procesos emocionales estudiados; inteligencia emocional, competencia percibida y autoeficacia.
- La competencia percibida y la autoeficacia, ambas frente a la muerte, correlacionan negativamente con el miedo y la ansiedad ante la muerte.
- Existe una correlación positiva entre todos los procesos emocionales estudiados; inteligencia emocional, competencia percibida y autoeficacia.
- Los niveles de miedo y ansiedad ante la muerte se mantienen estables a lo largo de los cuatro años de carrera.
- Los niveles de los procesos emocionales expuestos actuarán como buenos predictores de las actitudes ante la muerte que presente el sujeto.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- Abt, A.C. (2006). *Una antropología de la muerte. ¿La (des)medicalización del proceso de morir*, Segundas jornadas de Psico-oncología. XII Congreso Argentino de Cancerología, Tarragona.
- Aday, R.H. (1984-1985). Belief in afterlife and death anxiety: correlates and comparisons. *Omega*, (15), 67-75.
- Aguado, L. (2005). *Emoción afecto y motivación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Alcorn, H.G. (1976). *The relationship between death anxiety and self-esteem*. United States International University: XXXXX
- Alexander, I.E., Colley, R.S., Adlerstein, A.M. (1957). Is death a matter of indifference? *J. Psychol.*, (43), 277-283.
- Alfonso, S. (1987). Miedo, pánico y trastornos de ataques de angustia ("panic disorder"): aspectos conceptuales e históricos. *Psiquis*, 3, 277-283.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. En C. Murchison. (Dir.), *A Handbook of Social Psychology* (pp. 789-844). Worcester: Clark University Press.
- Allport, G. W. (1966). Traits revisited. *Am. Psychol.*, (26), 1-10.
- Allue Martínez, M. (1988). *¿Cómo desearía morir? Súbita o paulatinamente*. Jano, vol. XXXIV, nº 821.
- Anthony, S. (1940). *The child's Discovery of death*. Londres: Kegan Paul. Trench & Tubner.
- Aradilla, A. (2013). *Inteligencia emocional y variables relacionadas en enfermería*. Universitat de Barcelona: Barcelona.
- Ariès, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- Ariès, P. (2005). *Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: Acantilado.
- Aronow, E., Rauchway, A., Peller, M., Devito, A. (1980-1981). The value of the self in relation to fear death. *Omega*, (11), 37-44.
- Austin, E.J., Saklofske, D.H., Huang, S.H.S., McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 555-562.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologists*, 37, (2), 122-147.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. *Cambridge university press*, 2-4.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barley, N. (2005). *Bailando sobre la tumba*. Barcelona: Anagrama.
- Bayes, R., Limonero, J., Romero, E., Arrans, P. (2000) ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Revista Medicina Clínica*, (115), 579-582.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free press.
- Beecher, H. K. (1971). The new definition of death, some opposing viewpoints. *International Journal of Clinic Pharmacology*, 5, 120-21.

- Beecher, H.K., Adans, R.D. (1968). A definition of irreversible coma report of the ad hoc Committees of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA*, 205-337.
- Bellack, J. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient?. *Journal Of Nursing Education*, 38(1), 3-4.
- Benbunan, B., Cruz, F., Roa, J.M., Bettina, C., Benbunan, R. (2007) Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *Int. J. Clin. Health. Psychol.*, (7), 197-205.
- Berger, M., Hortalá, F. (1982). *Morir en el hospital*. Barcelona: Edic. Rol.
- Berkowitz, L. (1972). *Social Psychology*. Blenview: Scott Foresman.
- Bermúdez Moreno, J. (1985). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Black, P. (1978). *Definitions of brain death*. New-York: Pretince-hall.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J. Rovira, T., Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y estrés*, (5), 261-273.
- Borgadus, E. S., (1925). Measuring social distance. *J. of Applied Sociology*, (9), 299-308.
- Boyatzis, R. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27,(3), 5-12.
- Braun, M. Gordon, D. Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*, (37), 43-9.
- Broadman, K., Erdmann, A.J., Wolf, H.G. (1954). *Manual for the cornell medical index*. New York: Cornell University Medical College.
- Bugen, L.A. (1980-1981). Coping: Effects of death education. *Omega*, (11), 175-183.
- Busquets, X. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Revista Medicina Paliativa*, 8, (3),116-119.
- Camps, V. (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre la bioética*. Barcelona: Crítica.
- Cano, A., Miguel, J.J. (1001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 7, (2-3), 111-121.
- Cappon, D. (1959). The Dying. *Psychiat. Quart.*, (33), 737.
- Caprio, F. (1950). A study of some psychological reactions during prepubescence to the idea of death. *Psych. Quart.*, (24), 495.
- Carpintero, H. (2000)Notas históricas sobre la ansiedad. *Revista Ansiedad y Estrés*, 6, (1), 1-19.
- Carrasco, M.A., Del Barrio, M.V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14, (2), 323-332.
- Casabona, C. (1996). Tendencias legales sobre los transplantes de órganos. En Gafo, J. (Ed.), *Transplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales* (pp. 101-136). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Casado, M. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Casado, M., Miguel-Tobal, J. (2001). Emoción en A. Puente(Ed.): *Psicología contemporanea básica y aplicada*, cap 18. Madrid: Ed. Pirámide.
- Casanuva,G. (1974). *Actitudes sexuales. Cambio de actitudes sexuales*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Casciani, J.M. (1976). *The relationship between self-concept and experimentally induced death anxiety*. University Microfilm International: Washington, D.C.
- Cassem, H.N. (1974). *Muerte y negación. Sociología de la muerte*. Madrid: Sala.
- Cattel, R., Sheier, I. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Charmaz, K. (1980). *The social reality of death*. Addison-Wesley: P.C.
- Choron, J. (1969). *La mort et la pensée occidentale*. Paris: Payot.
- Christ, A. (1961). Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. *J. Ger.* (16), 56-59.
- Ciarrochi, J., Chan, Y. C., Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1105-1119
- Cole, M.A. (1978-1979). Sex and marital status differences in death anxiety. *Omega*, (9), 139-147.
- Colell, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Colell, R., Fontanals, A., Rius, P. (1993). Atención al enfermo terminal. Trabajo en equipo. *Rev. Rol*, (177), 56-58.
- Colell, R., Limonero, J.T., Otero, M.D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud.*, 5, (2), 104-112.
- Collet, L., Lester, D. (1969). The fear of death and the fears of dying. *Journal of psychology*, (72), 179-181.
- Conte, H.R., Bakus-Weiner, M., Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric and factor analytic aspects. *J. Person. Soc. Psychol.* (43), 775-785.
- Cronbach, L.J., Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological test. *Psych. Bull.*, (52), 281-302.
- Denton, J.A., Wisenbaker, M. (1977). Death experiences and death anxiety among nurses and nursing students, *Nursing Research*, (26), 61-64.
- Domènech, E. (1991). *El niño ante la muerte*. El ciervo.
- Dominguez, B. (1986). *La muerte en uci. Dilemas éticos de la medicina actual*. Madrid: U.P.C.
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Escalante, J. L. (1996). *La definición de muerte*. En J. Gafo. (Ed.), *Transplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales* (pp. 53-74). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Escámez, J., Ortega, P. (1988). *La enseñanza de actitudes y valores*. Valencia: Nau Llibres
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2007). Una guía práctica de los instrumentos actuales de evaluación de la inteligencia emocional. En J. M. Mestre, & P. Fernández-Berrocal (Coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 99-122). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, (332), 97-116.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, (18), supl., 42-48.
- Fauce, W., Fulton, R. (1958). The sociology of death: a neglected area of research. *Soc. Forces*, (36), 205-209.
- Fechner, G. (1904). *The little book of the life after death*. Boston: Little Brown.
- Feifel, H. (1965). Attitudes of mentally ill patients toward death. *J. Nerv. Ment. Dis.*, (122), 375.
- Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the health and terminally ill. *J. Sci. Stud. Relig.*, (1), 353-360.
- Feifel, H. (1977). *Death in contemporary America*. New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H., Branscomb, A. (1973). Who's afraid of death? *J. Abn. Psychol*, (81), 282-288.
- Feifel, H., Nagy, V. (1981). Another look of fear of death. *J. Copns. Clin. Psychol*, 49, (2), 278-286.
- Fernández Ballesteros, R. (1977). Relaciones entre distintas medidas de ansiedad. *Rev. Psicol. Gener. Apli.*, (32), 225-240.
- Fernández Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Fernández del Riesgo, M. (2007). *Antropología de la muerte. Los límites de la razón y el exceso de la religión*. Madrid: Síntesis.
- Fernandez, R., Salamonson, Y., Griffiths, R. (2012). Emotional intelligence as a predictor of academic performance in first-year accelerated graduate entry nursing students. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(23/24), 3485-3492.
- Fernández-Abascal, E. (2003). El estrés. En E. Fernández-Abascal, M.P. Jimenez Sánchez y M.D. Martín Díaz (Eds.): *Emoción y motivación. La adaptación humana*. (Vol.I. pp.963-1016). Madrid: Centro de estudios Ramón Areces
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramo, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, (94), 751-755.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E., Sanz, A. (1998). Adaptación de la escala de Competencia Personal de Waollston. *Ansiedad y estrés*, 4, (1), 31-41.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1972). Attitudes and opinions. *Ann. Rev.* 23. 487-544.
- Folta, J.R., Deck, E.F. (1974). *Reconstrucción social después de la muerte*. Madrid: Ed. Sala.
- Fortner, B., Neimeyer, R.A. (1999). Death anxiety in older adults. A quantitative review. *Death Studies*, (23), 387-411.
- Foster, E. (1956). *Kinderselbstmord*. J
- Fraise, P. (1967). *El papel de las actitudes en la percepción*. Buenos Aires: Ed. Porteo.
- Francisco Vicario, R. (1984). Relación médico-enfermo en la institución hospitalaria. Vivencias comunes ante la enfermedad y la muerte. *Gaceta médica de Bilbao*, 81,7, 499-507.
- Freud, S. (1924). *The loss of reality in neurosis and psychosis*. London: Collected Papers. Institute of Psychoanalysis and Hogart Press.

- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.
- Freud, S. (1937). *The ego and the mechanism of defense*. London: Hogdart press.
- Freud, S. (1968). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fulton, R.L. (1974). *La última enfermedad y la muerte: la asietencia final*. Madrid: Ed. Sala.
- Fulton, R.L. (1977). *Death, grief and bereavement: a bibliografy 1.845-1.975*. New-York: Arno press.
- Gantt, W. (1944). *Experimental basis for neurotic behaviour*. New York: P.B. Hoeber.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gesser, G., Wong, P., Reker, G. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of de Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, (18), 109-124.
- Gibbs, H.W., Achterberg-Lawles, J. (1978). Spiritual value and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, (25), 563-569.
- Gibbs, H.W., Achterberg-Lawles, J. (1978). Spiritual value and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of counseling psychology*, (25), 563-569.
- Gignac, G.E., Palmer, B.R., Manocha, R., Stough, C. (2005). An examination of the factor structure of the schutte self-report emotional intelligence (SSREI) scale via confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1029-1042.
- Gil, E.(1985). La muerte en otras culturas. *Jano*, (654), 37-44.
- Gilder, S. S. B. (1968). *Twenty-second World Medical Assembly*. *British Medical Journal*, (3), 493-494.
- Gilliland, J. (1982). *Death anxiety: Relation to subjective sttate*. Univ. California: California.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Gohm, C.L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, (84), 594-607.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Gómez, M. (2007, 6 de febrero). Muerte e historia. [Web log post]. Recuperdo de http://www.politicas.unam.mx/razoncinica/Muerte_e_Historia.html
- González, A., Bresó, E. La evaluación de la inteligencia emocional ¿autoinformes o pruebas de habilidad? Forum de recerca nº16
- Gordon, D. (1972). *Overcoming the fear of death*. Baltimore: Penguin.
- Gracia, D. (1990). *Historia de la eutanasia*. En J. Grafo. (Ed.) *La eutanasia y el arte de morir* (pp 13-32). Madrid: Universidad Pintificia de Comillas.
- Gracia, D. (1996). Historia del transplante de órganos. En J. Grafo. (Ed.) *Transplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales* (pp 13-32). Madrid: Universidad Pintificia de Comillas.
- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing defining and managing emotions in nursing work. *Nurs Educ Today*, (29), 168-175.
- Gray, J. (1971). *La psicología del miedo*. Madrid: Ed.Guadarrama.

- Grollman, E. (1974). *Diálogos sobre la muerte entre padres e hijos*, En varios Sociología de la muerte. Madrid: Ed. Sala.
- Hardt, D.V. (1979). *Death, the final frontier*. Prentice-Hall. Inc. N.J.
- Hayslip, B., Stewart, B.D. (1987). Locus control and levels of death anxiety relationship. *Omega: Journal of Death and Dying*, (18), 113-128.
- Hayslip, B., Stewart-Bussey, D. (1986-1987). Locus of control.levels of death anxiety. *Omega*, (17), 41-50.
- Hayslip, J.R.,Panek, P.E. (1989). *Adult development and aging*. New-York: Harper and row.
- Herández, J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *Revista cubana de Salud Pública* (29). 2. 103-110.
- Hinton, J.M. (1974). *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Ariel.
- Hoelter, J. (1979). Multidimensional treatment of fear of death.*J. Consul. Clin. Psychol.*, 5, (49), 996-999.
- Humphry, D., Wickett, A. (1989). *El derecho a morir. Comprender la eutanasia*. Barcelona: Tusquets.
- Hurley, J. (2008). The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(5), 379-385.
- INE. *Encuesta de morbilidad hospitalaria*. 2012
- Jackson, N. (1974). Diálogo en el seno de la familia en varios Sociología de la muerte. Madrid: Ed. Sala.
- Jiménez, A. (2002). *¿De la muerte de(negada) a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte*. Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Jiménez, L. (2002). La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajo de la salud.*Rev. Enferm.* 10(3), 121-123,
- Jomain, Ch. (1987). *Morir en la ternura. Vivir el último instante*. Madrid: Ed. Paulinas.
- Jonas, H. (1997). *Ltécnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós.
- Jones, M.C., Johnson, D.W. (2000). Reducing stress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, (26), 475–482.
- JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1968): Report of the Hoc ommittee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death” en J.A.M.A., vol. ccv, nº 6.
- Kalis, R.A. (1977). *Dying and preparing for death: a view of families*. New-York: McGraw Hill book.
- Kastenbaum, R. (1972). On the future of death:some images and options. *Omega*, (3), 307-318.
- Kastenbaum, R. (1973). Consideraciones psicológicas sobre la muerte. *Tribuna médica*, 553, 20-21.

- Kastenbaum, R. (1974). *Consideraciones psicológicas sobre el proceso de morir*. Madrid: Ed. Sala
- Kastenbaum, R. (1977). *Death, society and human behavior experience*. St. Louis: Mosby.
- Kastenbaum, R., Aisenberg, R.B. (1972). *The psychology of death*. New York: Springer.
- Kastenbaum, R., Costa, P. (1977). Psychological perspectives on death. *Ann. Rev. Psychol*, 28, 225-249.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, (24), 163-204.
- Katz, D., Stotland, E. (1959). *Psychology: a study of science*. New York: McGraw-Hill.
- Kelvin, P. (1970). *The bases of social behaviour*. Nueva York: Holt.
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *Intern. J. Psychoanal.*, (29), 114-123.
- Klübler-Ross, E. (1969). *On death and sying*. New York: Macmillan.
- Klug, L., Boss, M. (1976). Factorial structure of death concern scale. *Psychol. Rep.* (38), 107-112.
- Krech, D., Crutchfield, R.S., Livson, N. (1973). *Elementos de Psicología*. Madrid: Gredos.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Londres: MacMillan company.
- Kübler-Ross, E. (1974). *Lecciones de la agonía*. Madrid: Ed. Sala.
- Lester, D. (1970). Religious behavior and the fear of death. *Omega*, (1), 181-188.
- Lester, D. (1971). Sex Differences in attitudes toward death: a replication. *Psychol reports*, 28, 754.
- Levinson, D., Darrow, C., Klein, E., Levinson, M., McKee, B. (1976). Periods in adult development of men: Ages 18 to 45. *The Couns. Psychol*, (6), 21-25.
- Levinton, D. (1974). *Educación tanatológica en colegios y universidades*. Madrid: Ed. Sala.
- Lewis-Vicent, T. (1977-1978). *El hombre occidental y la muerte*. París. Encioplomedia de la psicología y la pedagogía. Tomo III.
- Lifton, R.J. (1975). On death and the continuity of life: a psychohistorical perspective. *Omega*, 6, 143-160.
- Likert, R. A. (1932). A tecnique for measurement of attitudes. *Arch Psychol*, (140), 183-184.
- Limonero, J. T.(1994). *Evaluación de aspectos perpectivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Limonero, J.T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49, (2), 249-265.
- Limonero, J.T. (2003). Emocions, estrés i salut. En Joaquim T. Limonero (Ed). *Motivacio i emoció* (pp.235-254). Barcelona: UOC.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M.J., Aradilla, A. (2003). Influencia de la Inteligencia Emocional y la Competencia Percibida en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de psicología. *Medicina Paliativa*, 10, (supl.1), 162.

- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández, J., Gómez, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10 (1), 29-41.
- Lindeman, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychol.*, 101, 141-148
- Litman, J.M. (1979). *The effect of bereavement on death anxiety, manifest anxiety, and locus of control*. University of Missouri: Kansas city.
- Litman, R.E. (1971). Suicide prevention: evaluating effectiveness. *Life threatening behav*, 1, 155-162.
- Livneh, H. (1985). Brief note on the structure of de Collet-Lester Fera of death scale. *Psychological reports*, (56), 136-138.
- Loftus, L. (1998). Student nurse's lived experience of sudden death of their parents. *J. Adv. Nurs.*, (27), 641-8.
- Lonetto, R., Templer, D.I. (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Ed. Temis.
- López Ibor, J. (1969). *La neurosis como enfermedad del ánimo*. Madrid: Gredos.
- Malinowski, B. (1925). *Magic, science and religion and other essays*. New York: MacMillan.
- Mann, J. (1977). *Elementos de psicología social*. México: Limusa.
- Manuer, A. (1964). Adolescent attitudes toward death. *J. Gen. Psychol.*, (105), 75-90.
- Marín, M.M. (2004). Acompañar en un viaje emocional aplicada la relación de ayuda. *Rev. Rol de Enferm.* 37(3), 202-210.
- Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de la neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martin, D., Wrightsman, L. (1965). The relationship between religious and concern about death. *J. Soc. Psychol.*, (65), 317-323.
- Martínez, C., Monreal, P. (1982). Estudio descriptivo de los diferentes miedos en una población de adolescentes de zona rural. *Quederns de Psicol.*, (1), 105-114.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L. (2011). Emotional intelligence. In R. J. Sternberg & S. B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 528-549). New York, NY: Cambridge University Press.
- Mayer, J.D. (2001). A field guide to emotional intelligence. En Ciarrochi, J. Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (Eds). *Intelligence in Everyday Life*. (pp 3-24). New York: Psychology Press.
- Mayer, J.D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence* (pp.3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D., Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, (3), 97-105.
- Maza, M., Zavala, M., Merino, J.M. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería*, 14, (1), 39-48.
- McDonald, G. (1976). Sex, religion and risktaking behavior as correlates of death anxiety. *Omega*, (7), 35-44.

- McGuire, W. (1969). *The natural of attitudes and attitude change*. Cambridge: Addison-Wesley.
- Méndez Braiges, V. (2002). *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*. Madrid: Trotta.
- Meyer, J.E. (1975). *Death and neurosis*. New York: International Universities Press.
- Miguel-Tobal, J. (1990). La ansiedad. En J.Mayor y J.I. Pinillos (Eds.): *Tratado de psicología general: motivación y emoción* (vol 8, pp.309-344) Madrid: Alambra Universidad
- Miguel-Tobal, J. (1996). *La ansiedad. Guías prácticas. Psicología y bienestar*. Madrid: Aguilar.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palermo (Eds.): *Emociones y Salud* (pp. 91-142). Barcelona:Editorial Ariel, S.A.
- Miller, N. (1951). *Learnable drives and rewards*. London: Stivens Wiley.
- Minton, R., Spilka, B. (1976). Perspectives on death in relation to powerslessness and form of personal religion. *Omega*, (1), 261-268.
- Mishara, B.L., Riedel, R.G. (1986). *El proceso del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Mollaret, P., Goulon, M. (1959). Le coma dépassé. *Rev. Neurol.*,101, 5-15.
- Moller, D.W. (1996): *Confronting Death. Values, Institutions & Human Mortality*.Oxford University Press.
- Moody, R.A. (1984). *Vida después de la vida*.Madrid: Edaf.
- Moos, R.H. (1976).*Human adaptation: coping with life crisis*. Levington: Healt & co.
- Morin, E. (1974). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Ed. Karirós.
- Munne, F. (1980). *Psicología Social*. Barcelona: CEAC.
- Muñoz Goulin, J. (2002).*La muerte*. Madrid: Acento.
- Nagy, M. (1940). The child and death. *Psychol. Stud*, (2), 152-157.
- Navlet, M. (2011). *Ansiedad, Estrés y estretegias de afrontamiento en el ámbito deportivo: Un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. Universidad Complutene de Madrid, Madrid.
- Neimeyer, R. A. (1997). *Metódos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidos.
- Nelson, L. (1978). The multidimensional measurement of death attitudes: constructions and validation of a three factor instrument. *Psychol. Rep.*, (28), 525-533.
- Nichol, J. (1980). *A study of the effects of a death education unit upon secondary tudents*. Fayetteville: AK.
- Núñez, M. A. (2006). *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*. Madrid: Tecnos.
- Nuttin, J., Pieron, J. (1965). *La motivación*. Buenos Aires: En prensa.
- Ochh, C.E. (1979). *Death orientation, purpose of life, and the choice of volunteer service*. California School of Professional Psychology: Fresno.
- Olaizola, J.I. (2011). *Transformaciones en el proceso de morir: la eurtanasia, una cuestión en debate en la sociedad vasca*.Universidad del País Vasco, San Sebastian.
- Osgood, C.,Thurstone, L. (1957). *The measurement of meaning*.Urban: Univ. Illinois Press.

- Pandey, R. (1975). Factor analytic study of attitudes toward death among college students. *J. Soc. Psychiat.*, (21),7-11.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. (1988). *Desarrollo humano*. New-York: McGraw-Hill.
- Parkes, C.M. (1973) Attachment and autonomy at the end of life. En R. GOSLING (Ed) *Support, innovation and autonomy*
- Parkes, C.M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psichiatry*, 33, 444-467.
- Parkes, C.M. (1980). *Aspectos psicológicos en C.M. Saunders. Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat.
- Pascual, M.C. (2010). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv.*, 8, (50).
- Pasnau, R. (1987). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Edifarma.
- Pattison, E.M. (1977). *The experience of dying*. Englewood cliffs: Prentice-Hall.
- Patton, J.F., Freitag, C.B. (1977). Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus control. *Psychological Reports*, (40), 51-54.
- Pavlov, I. (1928). *Lectures on conditioned reflexes*. W.H.: Ed. Gantt.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar natural*. Valencia: Alfaplus.
- Pera, C. (2003). *El cuerpo herido. Un diccionario filosófico de la cirugía*. Barcelona: El Acanalado.
- Pérez Pérez, R. M. & Bardlet, N. & Soler, N. (2006). Diagnóstico de muerte y trasplante de órganos: implicaciones jurídicas y medicolegales. *Med. Clínica*, 126 (18), 701-717.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, (17), 39-57.
- Petrides, K.V., Gurnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigación with reference to established traits taxonomies. *European Journal of Personality*, (15), 425-448.
- Pine, V.R. (1972). *Death dying and social behavior*. New-York: Columbia Univ. Press, 31-47
- Pinillos, J. (1975). *Principios de psicoogía*. Madrid: Alianza Universidad.
- Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*, 31(8), 855-860.
- Quintana, O. (1997). *Por una muerte sin lágrimas. Problemas éticos al final de la vida*. Barcelona: Flor del Viento.
- Ramos Campos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Universidad Computense, Madrid.
- Ranjbar, M., Bahrami, M.A., Hadizadeh, F., Arab, M., Nasiri, S., Amiresmaili, M., et al. Nurses Emotional Intelligence Impact on the Quality of hospital services. *Iran Red Cres. Med. J.*, 14(12), 758-63.
- Real Decreto 2007/1999, de 30 de diciembre por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.. Recuperado el 21 de

septiembre de 2014 de: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/04/pdfs/A00179-00190.pdf>

- Reeves, A. (2005). Emotional Intelligence: recognizing and regulating emotions. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53 (4), 172-176.
- Rhudick, P., Dibner, A. (1961). Age, personality and health correlates of death concerns in normal ages individuals. *J. Ger.m* (16), 44-49.
- Rigdon M., Epting, F. (1985). Reduction in death threat as a basis for optimal functioning. *Death studies*, (9), 427-448.
- Robbins, R.A.(1992). Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Studies*, (16), 557-567.
- Rodriguez, A. (1978). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Rojas Alcántara, P., Armero Barranco, D., Campos Aranda, G., Muñoz Pérez, V. M., Riquelme Martín, A., González Quijano, A. (2004). Actitud de los jóvenes universitarios en ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. *Enfermería Científica*, (264-265), 61-68.
- Rooda, L.A., Clements, R., Jordan, M.L. (1999). Research briefs. Nurses attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*, (26), 1683-7.
- Rosenberg, M., Hovland, C., McGuire, W., Abelson, R., Brehm, J. (1960). *Attitude organization and change*. New Haven: Ed. Univ. Yale.
- Rubio Herrera, R. (1981). El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica. *Psicología general aplicada*, 4, 36, 719-727.
- Sadaba, J. (1991). *Saber morir*. Madrid: Libertarias.
- Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, (9), 185-211.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, (17), 611-627.
- Salter, C.A., Salter, C.D. (1976). Attitudes toward aging and behavior toward the elderly among young people as a function of death anxiety. *The gerontologist*, (16), 232-236.
- Salvador, M. (2010). Acompañar en la muerte. Competencias de afrontamiento y autoeficacia. *Rol de enfermería*, 33,(11), 22-34.
- Santo Domingo Carrasco, J. (1976), *Psicología de la muerte*. Madrid: Ed. Castellote.
- Sanz, A. (1997). *Autoeficacia, valor del incentivo y competencia percibida: efecto sobre la reactividad fisiológica, el afecto y la conducta*. Universidad Autónoma de Barcelona: Barcelona.
- Scheulz, R. (1978). *The Psychology of death, dying and bereavement*. London: Addison wesley.
- Schmidt-RioValle, J., Montoya-Juarez, R., Campos-Calderon, C., García-Caro, M.P., Prados-Peña, D., Cruz-Quintana, F. (2011). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina paliativa*, 19, (3), 113-120.
- Schulmann, G., Tittle, C. (1968). Assimilation contrast effects and item selection in Thurstone scaling. *Social Forces*.(46),484-491.
- Schultz, C. (1977). Death anxiety and the structuring of a death concerns cognitive domain. *Essence*, (1), 171-188.

- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, (25), 167-177.
- Schwartz, G.E. (1975). Biofeedback, self-regulation and the patterning of physiological process. *Am. Scien.*, (63), 314-324.
- Serra, E., Abengózar, M. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anal. De Psicol*, 6, (2), 147-158.
- Shusterman, L.R., Sechrest, L. (1973). Attitudes of registered nurses towards death in a general hospital. *Psychiatry in medicine*, (4), 411-426.
- Simonton, S. (1989). *Familia contra enfermedad*. Madrid: Ed. Raices.
- Simpson, M.A. (1979). *Dying, death and grief (A critically annotated bibliography and source book, of thanatology and terminal care)*. New-York: Ed. Plenum press.
- Singer, P. (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Paidós.
- Singer, P. (2002). *Una vida ética. Escritos*. Madrid: Taurus.
- Slaikue, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual moderlo.
- Slezak, M.E. (1980). *Attitudes toward euthanasia as a function of death fears and demographic variables*. California School of Professional Psychology: Fresno.
- Smith, A.H. (1977). A multivariate study of personality, situational and demographic predictors of death anxiety in college students. *Essence*, (1), 139-146.
- Smith, MB. (1974). A study of attitudes towards Russia. *Publ. Opinion Quarterly*, (11), 507-523.
- Smith, MB., Bruner, J.S., White, R.W. (1956). *Opinions and personality*. New York: Wiley.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas, el Sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Spencer, J.(1982). *First principles*. Nueva York: Burt.
- Spielberger, . (1989). *Anxiety in sports: An International Perspective*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger, D. (1966). The theory and research on anxiety. En CH. D. Spielberger Anxiety and behavior. New York: Academic Press.
- Spielberger,D. (1972). *Anxiety current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Stekel, W. (1948). *Conditions of nervous anxiety and their treatment*. New York: Liveright.
- Stevens-Long, J. (1985). *Adult life developmental processes*. Mayfield publishing company.
- Szasz, T.S. (1971). The ethics of suicide. *Autioch*, 31,7.
- Tang, C., Wu, A.M.S., Yan, E.C.W. (2002). Psychological correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, (26), 491-499.
- Tarongí, S. & Barceló, M. & Barceló, A. & Molina, F. J. (2003). Muerte encefálica y donación de órganos: Revisión a la luz de la legislación española. *Revista de Neurología*, 36 (8), 771-80.
- Tate, L.A. (1980). *Life satisfaction and death anxiety in aged women*. California school of professional psychology: Fresno.

- Techan, J., Kastenbaum, R. (1970). Subjective life expectancy and future time perspective as predictors of job success in the hard core unemployed. *Omega*, (1), 189-200.
- Templer, D.I. (1971). The relationship between verbalized and non-verbalized death anxiety. *J. Genet. Psychol.*, (119), 211-214.
- Templer, D.I. (1972). Death anxiety in religiously involved persons. *Psychological Reports*, (31), 361-362.
- Templer, D.I. (1972). Death anxiety: extraversion, neuroticism and cigarette smoking. *Omega*, (3), 53-56.
- Templer, D.I. (1976). Two factor theory of death anxiety: A note. *Essence.*, (2), 91-94.
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *J. Gener. Psychol.*, (82), 165-177.
- Templer, D.I., Barthlow, V.L., Halcomb, P.H., Ruff, C.F., Ayers, J.L. (1979). The death anxiety of convicted persons. *Corrective and social psychiatry*, (25), 18-25.
- Templer, D.I., Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychol. Rep.*, (26), 895-897.
- Templer, D.I., Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological Reports*, (26), 895-897.
- Templer, D.I., Ruff, C.F., Franks, C.M. (1971). Death anxiety: age, sex and parental resemblance in diverse populations. *Develop. Psych.*, (4), 108.
- Thomas, J. (1976). *L'antropologie de la mort*. Paris: Payot.
- Thomas, L. (1983). *La antropología de la muerte*. México: Fondo de cultura económica.
- Thomas, L. V. (1991). *Actitudes colectivas hacia los ancianos: problema de civilización*. En, *La cuestión del envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas* (pp. 133-173). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Thomas, L.V. (1985). *Rites de mort*. Paris: Fayard.
- Thorndike, R.K. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's magazine*, (140), 227-335.
- Thorson, J.A. (1977). Variation in death anxiety related to college students sex major field of study, and certain personality traits. *Psychological Reports*, (40), 857-858.
- Thurstone, L. (1928). Attitudes can be measured. *Am. J. Psych*, (33), 529-554.
- Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev. Psicol. Gral. Aplic.*, (56), 257-79.
- Tomás-Sábado, J., Guiz, E. (2001). Ansiedad ante la muerte en enfermería: efectos de un curso de formación. *Enfermería científica*, (11), 104-109.
- Tomer, A., Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, (20), 343-365.
- Triandis, H. (1971). *Attitudes and attitude change*. Nueva York: Wiley.
- Troug, R. D. (1999). Is it time to Abandon Brain Death?. En G. E. Leming (Ed.), *Dying, death and bereavement* (pp.44-51). McGraw.Hill.
- Trueba, J. L. (2007). La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(3), 57-70.

- Uribe, A.F., Valderrama, L., López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 3. (8), 109-120.
- Urraca Martínez, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*. Universidad Complutense, facultad de psicología, Madrid.
- Valdés, D. M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Vargo, M. (1980). Relationship between the templer death anxiety scale and the collet-Lester fear of death scale. *Psychological reports*, (46), 561-562.
- Veatch, R. M. (1976). *Death, dying and the biological revolution*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Veatch, R. M. (1995). *The definition of death: Problems for public policy*. Londres: Taylor & francis, 3ªed., 405-432.
- Wahl, C. (1959). The fear of death en H Feifel ed the meaning of death. New York: McGraw-hill
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for healt. *Cognitive therapy and research*, 16, (2), 183-199.
- Watson, J. (1924). *Behaviorism*. New York: Norton.
- Weisman, A.D. (1982). *Tanatología*. Barcelona: Salvat.
- Weisman, A.D., Hackett, T.P. (1961). Predilection of death. *Psychosom. Med*, 3, (23), 232-256.
- Whittenberg, J.L. (1980). *Nurses` anxiety about death and sying patients*. University of Rochester: Rocherster.
- Wittenberg, J.L. (1980). *Nurses anxiety about death and sying patients*. University of Rochester: Rochester, Nueva York.
- Wohlford, P. (1966). Extension of personal time, affective states and expextation of personal death. *J. Pers. Soc. Psychol*, (3), 559-566.
- Wolf, K. (1966). Personality type and reaction toward aging and death. *Geriat.*, 189-192.
- Ziegler, J. (1976). *Los vivos y la muerte*. México: Siglo XXI.
- Zilboorgs, G. (1943). Fear of death. *Psychoanal. Quart.*, (12), 465.

The background is a deep blue gradient. On the left side, there are several vertical, slightly curved light trails that appear to be made of many thin, overlapping lines. These trails are illuminated from the bottom, creating a bright glow. Scattered throughout the scene are numerous small, out-of-focus light spots, known as bokeh, which vary in size and brightness, adding a sense of depth and movement to the composition.

Anexos

ANEXO I. Cuestionario

LEER ANTES DE INICIAR EL CUESTIONARIO

En vuestro futuro profesional tendréis que atender en más de una ocasión a enfermos en situación terminal. Nuestro estudio tiene como objetivo conocer cuáles son vuestras actitudes en relación a este tema. Vuestras respuestas nos pueden ayudar a ofrecer desde la Facultad/Escuela, una mejor preparación emocional y asistencial en relación a la muerte y al proceso de morir.

El estudio consistirá en un análisis descriptivo multicéntrico de las actitudes que presentan los estudiantes de enfermería hacia la muerte a lo largo de los cuatro años de carrera.

Los centros participantes son la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y la Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

Antes de iniciar el cuestionario tenga en cuenta que:

- La cumplimentación del siguiente cuestionario es de carácter voluntario.
 - En caso de no querer realizarlo únicamente devuelva el cuadernillo en blanco.
- El cuestionario tiene carácter anónimo. Por ello se garantiza que en ningún caso se relacionarán variables que pudieran llevar a establecer relaciones personales entre las respuestas dadas.
- La cumplimentación y posterior entrega del cuestionario sobreentiende de manera tácita la cesión de los datos derivados de dicho cuestionario para su posterior análisis.
- Una vez finalizado el estudio se garantiza el acceso a los resultados a los alumnos que así lo deseen.

¿Cómo rellenar el cuestionario?:

- Lea atentamente la descripción previa para cada uno de los cuestionarios.
- Debe cumplimentar **TODOS** los datos de cada uno de los cuestionarios.
- En caso de que se trate de una pregunta abierta, conteste de manera legible:
Edad: años.
- En caso de que se trate de una pregunta cerrada debe hacer una "X" en el cuadrado que usted considere:

1	X	3	4	5	6	7
Nada			Mucho			

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Imagen 7.1. Cuestionario auto-administrado

Fecha:

Facultad/Escuela: Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja (UAM)
 Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (UCM)

Curso en el que se encuentra matriculado: 1º 2º 3º 4º

Sexo: Masculino Femenino

Edad: años.

¿Ha presenciado durante su periodo de prácticas clínicas el fallecimiento de algún paciente?*

*Únicamente a contestar por alumnos de 2º, 3º y 4º curso

Si No

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista asistencial para cuidar a enfermos terminales? Como por ejemplo, cómo comunicarse con ellos, qué información darles, etc.

Nada Poco Regular Bastante Mucho

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista asistencial para cuidar a enfermos no terminales? Como por ejemplo, cómo comunicarse con ellos, qué información darles, etc.

Nada Poco Regular Bastante Mucho

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista emocional para cuidar a enfermos terminales?

Nada Poco Regular Bastante Mucho

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista emocional para cuidar personas enfermas no terminales?

Nada Poco Regular Bastante Mucho

Imagen 7.2. Cuestionario auto-administrado

Valore de 1 a 7 su nivel de no deseo-deseo para cada una de las siguientes afirmaciones acerca del lugar donde le gustaría desempeñar su labor profesional una vez finalizados sus estudios

1 2 3 4 5 6 7

No lo desearía en absoluto Lo desearía muchísimo

Trabajar con enfermos en un hospital de agudos	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar con enfermos terminales de cáncer	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar con enfermos en atención primaria	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar con enfermos pediátricos	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar con enfermos terminales geriátricos	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar con enfermos ingresados en la UCI	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar con enfermos en urgencias	1	2	3	4	5	6	7

Imagen 7.3. Cuestionario auto-administrado

Valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las siguientes afirmaciones

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente en desacuerdo Indeciso Totalmente de acuerdo

La muerte es sin duda una experiencia horrible	1	2	3	4	5	6	7
La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Creo que iré al cielo cuándo muera	1	2	3	4	5	6	7
La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6	7
La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	1	2	3	4	5	6	7
Me trastorna la finalidad de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	1	2	3	4	5	6	7
La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	1	2	3	4	5	6	7
Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
Siempre intento no pensar en la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es un aspecto natural de la vida	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna	1	2	3	4	5	6	7
La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	1	2	3	4	5	6	7
No temeré a la muerte ni le daré la bienvenida	1	2	3	4	5	6	7
Tengo un miedo intenso a la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Evito totalmente pensar en la muerte	1	2	3	4	5	6	7
El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	1	2	3	4	5	6	7
Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco	1	2	3	4	5	6	7
Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	1	2	3	4	5	6	7
Vejo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	1	2	3	4	5	6	7
Vejo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	1	2	3	4	5	6	7
Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	1	2	3	4	5	6	7

Imagen 7.4. Cuestionario auto-administrado

	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Indeciso			Totalmente de acuerdo			
Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma							
	1	2	3	4	5	6	7
Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida	1	2	3	4	5	6	7
La muerte no es ni buena ni mala	1	2	3	4	5	6	7
Espero una vida después de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	1	2	3	4	5	6	7

Valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las siguientes afirmaciones

	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Neutral			Totalmente de acuerdo			
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir							
	1	2	3	4	5	6	7
Me siento preparado para afrontar mi muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	1	2	3	4	5	6	7
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	1	2	3	4	5	6	7
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	1	2	3	4	5	6	7
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	1	2	3	4	5	6	7
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	1	2	3	4	5	6	7
Me puedo comunicar con un enfermo moribundo	1	2	3	4	5	6	7

Imagen 7.5. Cuestionario auto-administrado

Lea cada uno de los ítems que aparecen abajo, y puntúe cómo de seguro o de inseguro está de que pueda desempeñar cada uno de ellos

	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro										Completamente seguro
Afrontar la muerte de una persona anciana										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tocar un cadáver	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicarte con un paciente moribundo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dar el pésame a una familia de un paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acompañar a una persona en el momento de su muerte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Hasta qué punto le inquietan o preocupan los aspectos de la muerte y el proceso de morir que a continuación se enuncian? Valore de 1 a 5 su nivel de preocupación

	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
No me preocupa nada	Regular			Me preocupa muchísimo	
Respecto a su propia muerte:					
	1	2	3	4	5
Perder todo lo que se tiene en esta vida	1	2	3	4	5
No poder sentir o pensar algo nunca más	1	2	3	4	5
La imposibilidad total de comunicación	1	2	3	4	5
Que nadie te recuerde tras tu muerte	1	2	3	4	5
Morir joven	1	2	3	4	5

Imagen 7.6. Cuestionario auto-administrado

	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4	5
	No me preocupa nada		Regular		Me preocupa muchísimo
Respecto a su propio proceso de morir:					
Un dolor continuo insoportable	1	2	3	4	5
La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas	1	2	3	4	5
El deterioro de mis facultades mentales	1	2	3	4	5
La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
La incertidumbre que acompaña al proceso de morir	1	2	3	4	5
Respecto a la muerte de los otros:					
Su pérdida definitiva	1	2	3	4	5
El hecho de que no podré verla, sentirla y oírla nunca más	1	2	3	4	5
No poder comunicarme con ella nunca más	1	2	3	4	5
Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva	1	2	3	4	5
Sentirme solo/a sin ella	1	2	3	4	5
Respecto a el proceso de morir de los otros:					
Contemplar su dolor y sufrimiento	1	2	3	4	5
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	1	2	3	4	5
Contemplar su deterioro mental	1	2	3	4	5
Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
Sentirme sin recursos para ayudarla	1	2	3	4	5

Imagen 7.7. Cuestionario auto-administrado

A continuación conteste verdadero o falso, conforme a si se siente identificado, o no identificado con las siguientes afirmaciones

	<input checked="" type="checkbox"/>	F
	"Verdadero"	"Falso"
Tengo mucho miedo a morirme	V	F
Raramente me viene a la cabeza la idea de la muerte	V	F
No me pone nervioso que la gente hable de la muerte	V	F
Me horroriza pensar que he de sufrir una operación	V	F
No tengo ningún miedo a morirme	V	F
No estoy especialmente temeroso de llegar a tener un cáncer	V	F
No me molesta nunca la idea de la muerte	V	F
A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente	V	F
Me da miedo morir de una muerte dolorosa	V	F
El tema de la otra vida me preocupa mucho	V	F
Me espanta tener un ataque de corazón	V	F
A menudo pienso que la vida es realmente corta	V	F
Me estremezco cuando la gente habla de la tercera guerra mundial	V	F
La visión de un cadáver me horroriza	V	F
Pienso que el futuro no me depara nada que temer	V	F

Imagen 7.8. Cuestionario auto-administrado

ANEXO II. Instrumentos

Preguntas 1 (pregunta acerca de si ha presenciado un fallecimiento durante sus prácticas tuteladas), **2** (Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales), **3** (Escala para evaluar la preparación asistencial auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales), **4** (Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales) y **5** (Escala para evaluar la preparación emocional auto-percibida que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos no terminales)

¿Ha presenciado durante su periodo de prácticas clínicas el fallecimiento de algún paciente?*

Si No

*Únicamente a contestar por alumnos de 2º, 3º y 4º curso

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista asistencial para cuidar a enfermos terminales? Como por ejemplo, cómo comunicarse con ellos, qué información darles, etc.

Nada Poco Regular Bastante Mucho

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista asistencial para cuidar a enfermos no terminales? Como por ejemplo, cómo comunicarse con ellos, qué información darles, etc.

Nada Poco Regular Bastante Mucho

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista emocional para cuidar a enfermos terminales?

Nada Poco Regular Bastante Mucho

¿Se siente usted preparado desde un punto de vista emocional para cuidar personas enfermas no terminales?

Nada Poco Regular Bastante Mucho

Pregunta 6 (Cuestionario sobre preferencias profesionales en el campo de la enfermería)

Valore de 1 a 7 su nivel de no deseo-deseo para cada una de las siguientes afirmaciones acerca del lugar donde le gustaría desempeñar su labor profesional una vez finalizados sus estudios

1 2 3 4 5 6 7
No lo desearía en absoluto Lo desearía muchísimo

Trabajar con enfermos en un hospital de agudos 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con enfermos terminales de cáncer 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con enfermos en atención primaria 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con enfermos pediátricos 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con enfermos terminales geriátricos 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con enfermos ingresados en la UCI 1 2 3 4 5 6 7

Trabajar con enfermos en urgencias 1 2 3 4 5 6 7

Pregunta 7 (Escala de inteligencia emocional TMMS-24)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada una de ellas y decida la frecuencia con que se produce cada una de ellas. Sabiendo que 1 es nunca y 5 muy frecuente. Recuerde que no hay preguntas correctas ni incorrectas, buenas o malas.

	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
	Nunca		Algunas veces		Muy frecuente
Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

Pregunta 8 (Cuestionario de actitudes hacia la muerte PAM-R)

Valore de 1 a 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo para cada una de las siguientes afirmaciones

	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo		Indeciso				Totalmente de acuerdo
La muerte es sin duda una experiencia horrible	1	2	3	4	5	6	7
La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Creo que iré al cielo cuando muera	1	2	3	4	5	6	7
La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6	7
La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	1	2	3	4	5	6	7
Me trastorna la finalidad de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	1	2	3	4	5	6	7
La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	1	2	3	4	5	6	7
Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
Siempre intento no pensar en la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es un aspecto natural de la vida	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna	1	2	3	4	5	6	7
La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	1	2	3	4	5	6	7
No temería a la muerte ni le daría la bienvenida	1	2	3	4	5	6	7
Tengo un miedo intenso a la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Evito totalmente pensar en la muerte	1	2	3	4	5	6	7
El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	1	2	3	4	5	6	7
Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco	1	2	3	4	5	6	7
Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	1	2	3	4	5	6	7
Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal	1	2	3	4	5	6	7
La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	1	2	3	4	5	6	7
Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	1	2	3	4	5	6	7
Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	1	2	3	4	5	6	7
Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	1	2	3	4	5	6	7
Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida	1	2	3	4	5	6	7
La muerte no es ni buena ni mala	1	2	3	4	5	6	7
Espero una vida después de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	1	2	3	4	5	6	7

Pregunta 11 (Escala modificada de miedo a la muerte de Collet-Lester)

¿Hasta qué punto le inquietan o preocupan los aspectos de la muerte y el proceso de morir que a continuación se enuncian? Valore de 1 a 5 su nivel de preocupación

1 2 Regular 4 5
 No me preocupa nada Regular Me preocupa muchísimo

Respecto a su propia muerte:

Perder todo lo que se tiene en esta vida	1	2	3	4	5
No poder sentir o pensar algo nunca más	1	2	3	4	5
La imposibilidad total de comunicación	1	2	3	4	5
Que nadie te recuerde tras tu muerte	1	2	3	4	5
Morir joven	1	2	3	4	5

Respecto a su propio proceso de morir:

Un dolor continuo insportable	1	2	3	4	5
La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas	1	2	3	4	5
El deterioro de mis facultades mentales	1	2	3	4	5
La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
La incertidumbre que acompaña al proceso de morir	1	2	3	4	5

Respecto a la muerte de los otros:

Su pérdida definitiva	1	2	3	4	5
El hecho de que no podré verla, sentirla y oirla nunca más	1	2	3	4	5
No poder comunicarme con ella nunca más	1	2	3	4	5
Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva	1	2	3	4	5
Sentirme solo/a sin ella	1	2	3	4	5

Respecto a el proceso de morir de los otros:

Contemplar su dolor y sufrimiento	1	2	3	4	5
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	1	2	3	4	5
Contemplar su deterioro mental	1	2	3	4	5
Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
Sentirme sin recursos para ayudarla	1	2	3	4	5

Pregunta 12 (Escala de ansiedad ante la muerte DAS)

A continuación conteste verdadero o falso, conforme a si se siente identificado, o no identificado con las siguientes afirmaciones

"Verdadero" "Falso"

Tengo mucho miedo a morirme	V	F
Raramente me viene a la cabeza la idea de la muerte	V	F
No me pone nervioso que la gente hable de la muerte	V	F
Me horroriza pensar que he de sufrir una operación	V	F
No tengo ningún miedo a morirme	V	F
No estoy especialmente temeroso de llegar a tener un cáncer	V	F
No me molesta nunca la idea de la muerte	V	F
A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente	V	F
Me da miedo morir de una muerte dolorosa	V	F
El tema de la otra vida me preocupa mucho	V	F
Me espanta tener un ataque de corazón	V	F
A menudo pienso que la vida es realmente corta	V	F
Me estremezco cuando la gente habla de la tercera guerra mundial	V	F
La visión de un cadáver me horroriza	V	F
Pienso que el futuro no me depara nada que temer	V	F

ANEXO III. Autorizaciones

Subcomisión de Evaluación de Grupos, Líneas de Investigación y Proyectos, de la Comisión de Investigación del Centro, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
 FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
 Ciudad Universitaria
 28040 Madrid

REUNIDA la Subcomisión de Evaluación de Grupos, Líneas de Investigación y Proyectos, de la Comisión de Investigación delegada de la Junta de Facultad, a 31 de octubre de 2013, y habiéndose presentado a evaluación por vía ordinaria el proyecto de investigación


"ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA",

cuyo investigador principal es D. Sergio González Cervantes,

esta Subcomisión acuerda la **APROBACIÓN** y consecuente **EVALUACIÓN POSITIVA** de dicho proyecto con las siguientes observaciones:

- Denota consistencia desde el punto de vista metodológico, siendo el plan de trabajo, la distribución de tareas y el cronograma adecuados.
- Se sugiere definir con mayor claridad el tamaño muestral y potencia estadística, así como profundizar en el análisis estadístico previsto.
- En previsión de futuras publicaciones o ampliación del proyecto, sería conveniente que fuera evaluado por un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).


 Fdo. D. Ismael Ortuño Soriano
 Secretario de la Comisión


 Vº. Bº. D. Emilio Vargas Castrillón
 Presidente de la Comisión

ANEXO IV. Asociación de variables



ANEXO V. Análisis de normalidad

Análisis de normalidad a razón del centro de estudios:

		Pruebas de normalidad						
		Esc_Fac	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
			Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Fallec	EUECR (UAM)		,360	248	,000	,757	248	,000
	FEFP (UCM)		,394	824	,000	,714	824	,000
Asis_EnfT	EUECR (UAM)		,218	248	,000	,891	248	,000
	FEFP (UCM)		,259	824	,000	,876	824	,000
Asist_EnfN	EUECR (UAM)		,338	248	,000	,803	248	,000
	FEFP (UCM)		,341	824	,000	,789	824	,000
Emocio_EnfT	EUECR (UAM)		,226	248	,000	,892	248	,000
	FEFP (UCM)		,227	824	,000	,887	824	,000
Emocio_EnfN	EUECR (UAM)		,302	248	,000	,789	248	,000
	FEFP (UCM)		,310	824	,000	,774	824	,000
Lp_1	EUECR (UAM)		,155	248	,000	,931	248	,000
	FEFP (UCM)		,163	824	,000	,929	824	,000
Lp_2	EUECR (UAM)		,130	248	,000	,946	248	,000
	FEFP (UCM)		,129	824	,000	,951	824	,000
Lp_3	EUECR (UAM)		,143	248	,000	,940	248	,000
	FEFP (UCM)		,153	824	,000	,926	824	,000
Lp_4	EUECR (UAM)		,223	248	,000	,855	248	,000
	FEFP (UCM)		,180	824	,000	,891	824	,000
Lp_5	EUECR (UAM)		,144	248	,000	,945	248	,000
	FEFP (UCM)		,126	824	,000	,943	824	,000
Lp_6	EUECR (UAM)		,208	248	,000	,898	248	,000
	FEFP (UCM)		,191	824	,000	,909	824	,000
Lp_7	EUECR (UAM)		,253	248	,000	,802	248	,000
	FEFP (UCM)		,255	824	,000	,820	824	,000
IE_A_1	EUECR (UAM)		,239	248	,000	,804	248	,000
	FEFP (UCM)		,233	824	,000	,810	824	,000
IE_A_2	EUECR (UAM)		,215	248	,000	,870	248	,000
	FEFP (UCM)		,262	824	,000	,870	824	,000
IE_A_3	EUECR (UAM)		,211	248	,000	,892	248	,000
	FEFP (UCM)		,200	824	,000	,892	824	,000
IE_A_4	EUECR (UAM)		,241	248	,000	,868	248	,000
	FEFP (UCM)		,247	824	,000	,857	824	,000
IE_A_5	EUECR (UAM)		,243	248	,000	,896	248	,000
	FEFP (UCM)		,225	824	,000	,901	824	,000
IE_A_6	EUECR (UAM)		,231	248	,000	,890	248	,000

	FEFP (UCM)	,228	824	,000	,894	824	,000
IE_A_7	EUECR (UAM)	,252	248	,000	,884	248	,000
	FEFP (UCM)	,216	824	,000	,892	824	,000
IE_A_8	EUECR (UAM)	,245	248	,000	,880	248	,000
	FEFP (UCM)	,239	824	,000	,892	824	,000
Σ IE_A	EUECR (UAM)	,067	248	,009	,993	248	,254
	FEFP (UCM)	,056	824	,000	,993	824	,001
IE_C_9	EUECR (UAM)	,251	248	,000	,873	248	,000
	FEFP (UCM)	,240	824	,000	,881	824	,000
IE_C_10	EUECR (UAM)	,255	248	,000	,880	248	,000
	FEFP (UCM)	,238	824	,000	,885	824	,000
IE_C_11	EUECR (UAM)	,258	248	,000	,866	248	,000
	FEFP (UCM)	,252	824	,000	,873	824	,000
IE_C_12	EUECR (UAM)	,293	248	,000	,831	248	,000
	FEFP (UCM)	,281	824	,000	,842	824	,000
IE_C_13	EUECR (UAM)	,303	248	,000	,821	248	,000
	FEFP (UCM)	,295	824	,000	,834	824	,000
IE_C_14	EUECR (UAM)	,251	248	,000	,880	248	,000
	FEFP (UCM)	,253	824	,000	,886	824	,000
IE_C_15	EUECR (UAM)	,259	248	,000	,848	248	,000
	FEFP (UCM)	,256	824	,000	,859	824	,000
IE_C_16	EUECR (UAM)	,248	248	,000	,860	248	,000
	FEFP (UCM)	,263	824	,000	,866	824	,000
Σ IE_C	EUECR (UAM)	,066	248	,012	,991	248	,146
	FEFP (UCM)	,058	824	,000	,993	824	,000
IE_R_17	EUECR (UAM)	,243	248	,000	,884	248	,000
	FEFP (UCM)	,216	824	,000	,882	824	,000
IE_R_18	EUECR (UAM)	,273	248	,000	,875	248	,000
	FEFP (UCM)	,225	824	,000	,882	824	,000
IE_R_19	EUECR (UAM)	,200	248	,000	,913	248	,000
	FEFP (UCM)	,191	824	,000	,911	824	,000
IE_R_20	EUECR (UAM)	,252	248	,000	,882	248	,000
	FEFP (UCM)	,219	824	,000	,887	824	,000
IE_R_21	EUECR (UAM)	,233	248	,000	,892	248	,000
	FEFP (UCM)	,239	824	,000	,885	824	,000
IE_R_22	EUECR (UAM)	,284	248	,000	,826	248	,000
	FEFP (UCM)	,267	824	,000	,839	824	,000
IE_R_23	EUECR (UAM)	,363	248	,000	,701	248	,000
	FEFP (UCM)	,420	824	,000	,628	824	,000
IE_R_24	EUECR (UAM)	,238	248	,000	,874	248	,000
	FEFP (UCM)	,236	824	,000	,879	824	,000
Σ IE_R	EUECR (UAM)	,092	248	,000	,984	248	,006
	FEFP (UCM)	,053	824	,000	,985	824	,000

Act_M_1	EUECR (UAM)	,130	248	,000	,915	248	,000
	FEFP (UCM)	,131	824	,000	,924	824	,000
Act_M_2	EUECR (UAM)	,177	248	,000	,901	248	,000
	FEFP (UCM)	,135	824	,000	,926	824	,000
Act_M_3	EUECR (UAM)	,142	248	,000	,924	248	,000
	FEFP (UCM)	,124	824	,000	,937	824	,000
Act_M_4	EUECR (UAM)	,235	248	,000	,844	248	,000
	FEFP (UCM)	,210	824	,000	,870	824	,000
Act_M_5	EUECR (UAM)	,234	248	,000	,832	248	,000
	FEFP (UCM)	,180	824	,000	,868	824	,000
Act_M_6	EUECR (UAM)	,341	248	,000	,650	248	,000
	FEFP (UCM)	,308	824	,000	,724	824	,000
Act_M_7	EUECR (UAM)	,212	248	,000	,898	248	,000
	FEFP (UCM)	,185	824	,000	,901	824	,000
Act_M_8	EUECR (UAM)	,234	248	,000	,835	248	,000
	FEFP (UCM)	,200	824	,000	,875	824	,000
Act_M_9	EUECR (UAM)	,352	248	,000	,710	248	,000
	FEFP (UCM)	,278	824	,000	,790	824	,000
Act_M_10	EUECR (UAM)	,138	248	,000	,925	248	,000
	FEFP (UCM)	,117	824	,000	,932	824	,000
Act_M_11	EUECR (UAM)	,169	248	,000	,889	248	,000
	FEFP (UCM)	,157	824	,000	,914	824	,000
Act_M_12	EUECR (UAM)	,146	248	,000	,929	248	,000
	FEFP (UCM)	,122	824	,000	,930	824	,000
Act_M_13	EUECR (UAM)	,312	248	,000	,766	248	,000
	FEFP (UCM)	,232	824	,000	,839	824	,000
Act_M_14	EUECR (UAM)	,375	248	,000	,596	248	,000
	FEFP (UCM)	,376	824	,000	,597	824	,000
Act_M_15	EUECR (UAM)	,334	248	,000	,750	248	,000
	FEFP (UCM)	,297	824	,000	,782	824	,000
Act_M_16	EUECR (UAM)	,307	248	,000	,781	248	,000
	FEFP (UCM)	,266	824	,000	,806	824	,000
Act_M_17	EUECR (UAM)	,208	248	,000	,887	248	,000
	FEFP (UCM)	,174	824	,000	,911	824	,000
Act_M_18	EUECR (UAM)	,149	248	,000	,916	248	,000
	FEFP (UCM)	,189	824	,000	,889	824	,000
Act_M_19	EUECR (UAM)	,131	248	,000	,917	248	,000
	FEFP (UCM)	,141	824	,000	,924	824	,000
Act_M_20	EUECR (UAM)	,197	248	,000	,862	248	,000
	FEFP (UCM)	,194	824	,000	,869	824	,000
Act_M_21	EUECR (UAM)	,157	248	,000	,890	248	,000
	FEFP (UCM)	,132	824	,000	,906	824	,000
Act_M_22	EUECR (UAM)	,176	248	,000	,887	248	,000

	FEFP (UCM)	,154	824	,000	,896	824	,000
Act_M_23	EUECR (UAM)	,270	248	,000	,810	248	,000
	FEFP (UCM)	,219	824	,000	,851	824	,000
Act_M_24	EUECR (UAM)	,301	248	,000	,720	248	,000
	FEFP (UCM)	,325	824	,000	,715	824	,000
Act_M_25	EUECR (UAM)	,248	248	,000	,816	248	,000
	FEFP (UCM)	,265	824	,000	,812	824	,000
Act_M_26	EUECR (UAM)	,187	248	,000	,920	248	,000
	FEFP (UCM)	,173	824	,000	,928	824	,000
Act_M_27	EUECR (UAM)	,256	248	,000	,812	248	,000
	FEFP (UCM)	,230	824	,000	,841	824	,000
Act_M_28	EUECR (UAM)	,227	248	,000	,840	248	,000
	FEFP (UCM)	,211	824	,000	,851	824	,000
Act_M_29	EUECR (UAM)	,303	248	,000	,772	248	,000
	FEFP (UCM)	,224	824	,000	,839	824	,000
Act_M_30	EUECR (UAM)	,174	248	,000	,902	248	,000
	FEFP (UCM)	,170	824	,000	,898	824	,000
Act_M_31	EUECR (UAM)	,212	248	,000	,858	248	,000
	FEFP (UCM)	,169	824	,000	,887	824	,000
Act_M_32	EUECR (UAM)	,162	248	,000	,896	248	,000
	FEFP (UCM)	,148	824	,000	,908	824	,000
ACT_miedoM	EUECR (UAM)	,054	248	,073	,981	248	,002
	FEFP (UCM)	,053	824	,000	,986	824	,000
ACT_evitaci3nM	EUECR (UAM)	,050	248	,200	,975	248	,000
	FEFP (UCM)	,053	824	,000	,981	824	,000
ACT_aceptaci3n	EUECR (UAM)	,110	248	,000	,963	248	,000
	FEFP (UCM)	,098	824	,000	,952	824	,000
ACT_aceptaci3nAcer	EUECR (UAM)	,134	248	,000	,924	248	,000
	FEFP (UCM)	,101	824	,000	,940	824	,000
ACT_AceptacionEsc	EUECR (UAM)	,111	248	,000	,940	248	,000
	FEFP (UCM)	,088	824	,000	,958	824	,000
EB1	EUECR (UAM)	,174	248	,000	,887	248	,000
	FEFP (UCM)	,172	824	,000	,900	824	,000
EB2	EUECR (UAM)	,187	248	,000	,874	248	,000
	FEFP (UCM)	,185	824	,000	,892	824	,000
EB3	EUECR (UAM)	,161	248	,000	,917	248	,000
	FEFP (UCM)	,159	824	,000	,932	824	,000
EB4	EUECR (UAM)	,129	248	,000	,923	248	,000
	FEFP (UCM)	,146	824	,000	,919	824	,000
EB5	EUECR (UAM)	,162	248	,000	,926	248	,000
	FEFP (UCM)	,120	824	,000	,940	824	,000
EB6	EUECR (UAM)	,185	248	,000	,908	248	,000
	FEFP (UCM)	,143	824	,000	,930	824	,000

EB7	EUECR (UAM)	,187	248	,000	,912	248	,000
	FEFP (UCM)	,189	824	,000	,898	824	,000
EB8	EUECR (UAM)	,216	248	,000	,902	248	,000
	FEFP (UCM)	,151	824	,000	,925	824	,000
EB9	EUECR (UAM)	,127	248	,000	,942	248	,000
	FEFP (UCM)	,141	824	,000	,936	824	,000
EB10	EUECR (UAM)	,148	248	,000	,941	248	,000
	FEFP (UCM)	,158	824	,000	,945	824	,000
EB11	EUECR (UAM)	,152	248	,000	,939	248	,000
	FEFP (UCM)	,143	824	,000	,934	824	,000
EB12	EUECR (UAM)	,150	248	,000	,943	248	,000
	FEFP (UCM)	,152	824	,000	,937	824	,000
Σ_EB	EUECR (UAM)	,051	248	,200	,994	248	,394
	FEFP (UCM)	,042	824	,001	,996	824	,034
EH1	EUECR (UAM)	,191	248	,000	,900	248	,000
	FEFP (UCM)	,202	824	,000	,900	824	,000
EH2	EUECR (UAM)	,157	248	,000	,926	248	,000
	FEFP (UCM)	,174	824	,000	,913	824	,000
EH3	EUECR (UAM)	,155	248	,000	,924	248	,000
	FEFP (UCM)	,162	824	,000	,910	824	,000
EH4	EUECR (UAM)	,186	248	,000	,845	248	,000
	FEFP (UCM)	,215	824	,000	,810	824	,000
EH5	EUECR (UAM)	,173	248	,000	,874	248	,000
	FEFP (UCM)	,182	824	,000	,877	824	,000
EH6	EUECR (UAM)	,172	248	,000	,918	248	,000
	FEFP (UCM)	,177	824	,000	,918	824	,000
EH7	EUECR (UAM)	,138	248	,000	,935	248	,000
	FEFP (UCM)	,126	824	,000	,931	824	,000
EH8	EUECR (UAM)	,173	248	,000	,894	248	,000
	FEFP (UCM)	,149	824	,000	,909	824	,000
EH9	EUECR (UAM)	,122	248	,000	,958	248	,000
	FEFP (UCM)	,118	824	,000	,947	824	,000
EH10	EUECR (UAM)	,151	248	,000	,938	248	,000
	FEFP (UCM)	,155	824	,000	,924	824	,000
EH11	EUECR (UAM)	,147	248	,000	,943	248	,000
	FEFP (UCM)	,155	824	,000	,925	824	,000
Σ_Storio	EUECR (UAM)	,070	248	,005	,975	248	,000
	FEFP (UCM)	,041	824	,002	,983	824	,000
CL_PM_1	EUECR (UAM)	,204	248	,000	,874	248	,000
	FEFP (UCM)	,197	824	,000	,888	824	,000
CL_PM_2	EUECR (UAM)	,240	248	,000	,832	248	,000
	FEFP (UCM)	,240	824	,000	,855	824	,000
CL_PM_3	EUECR (UAM)	,204	248	,000	,865	248	,000

	FEFP (UCM)	,213	824	,000	,879	824	,000
CL_PM_4	EUECR (UAM)	,200	248	,000	,884	248	,000
	FEFP (UCM)	,197	824	,000	,903	824	,000
CL_PM_5	EUECR (UAM)	,350	248	,000	,683	248	,000
	FEFP (UCM)	,268	824	,000	,772	824	,000
CL_Σ_PM	EUECR (UAM)	,103	248	,000	,954	248	,000
	FEFP (UCM)	,092	824	,000	,966	824	,000
CL_media_P	EUECR (UAM)	,103	248	,000	,954	248	,000
M	FEFP (UCM)	,092	824	,000	,966	824	,000
CL_PPM_1	EUECR (UAM)	,338	248	,000	,680	248	,000
	FEFP (UCM)	,319	824	,000	,732	824	,000
CL_PPM_2	EUECR (UAM)	,250	248	,000	,785	248	,000
	FEFP (UCM)	,249	824	,000	,820	824	,000
CL_PPM_3	EUECR (UAM)	,350	248	,000	,660	248	,000
	FEFP (UCM)	,352	824	,000	,688	824	,000
CL_PPM_4	EUECR (UAM)	,376	248	,000	,663	248	,000
	FEFP (UCM)	,320	824	,000	,727	824	,000
CL_PPM_5	EUECR (UAM)	,221	248	,000	,833	248	,000
	FEFP (UCM)	,235	824	,000	,850	824	,000
CL_Σ_PPM	EUECR (UAM)	,125	248	,000	,907	248	,000
	FEFP (UCM)	,108	824	,000	,917	824	,000
CL_media_P	EUECR (UAM)	,125	248	,000	,907	248	,000
PM	FEFP (UCM)	,108	824	,000	,917	824	,000
CL_MO_1	EUECR (UAM)	,331	248	,000	,706	248	,000
	FEFP (UCM)	,300	824	,000	,757	824	,000
CL_MO_2	EUECR (UAM)	,374	248	,000	,623	248	,000
	FEFP (UCM)	,370	824	,000	,677	824	,000
CL_MO_3	EUECR (UAM)	,353	248	,000	,691	248	,000
	FEFP (UCM)	,329	824	,000	,727	824	,000
CL_MO_4	EUECR (UAM)	,301	248	,000	,713	248	,000
	FEFP (UCM)	,316	824	,000	,739	824	,000
CL_MO_5	EUECR (UAM)	,280	248	,000	,773	248	,000
	FEFP (UCM)	,271	824	,000	,800	824	,000
CL_Σ_MO	EUECR (UAM)	,188	248	,000	,812	248	,000
	FEFP (UCM)	,161	824	,000	,870	824	,000
CL_media_M	EUECR (UAM)	,188	248	,000	,812	248	,000
O	FEFP (UCM)	,161	824	,000	,870	824	,000
CL_PMO_1	EUECR (UAM)	,247	248	,000	,792	248	,000
	FEFP (UCM)	,254	824	,000	,815	824	,000
CL_PMO_2	EUECR (UAM)	,249	248	,000	,872	248	,000
	FEFP (UCM)	,242	824	,000	,879	824	,000
CL_PMO_3	EUECR (UAM)	,236	248	,000	,816	248	,000
	FEFP (UCM)	,236	824	,000	,818	824	,000

CL_PMO_4	EUECR (UAM)	,248	248	,000	,806	248	,000
	FEFP (UCM)	,242	824	,000	,805	824	,000
CL_PMO_5	EUECR (UAM)	,318	248	,000	,737	248	,000
	FEFP (UCM)	,314	824	,000	,743	824	,000
CL_Σ_PMO	EUECR (UAM)	,110	248	,000	,913	248	,000
	FEFP (UCM)	,115	824	,000	,946	824	,000
CL_media_P MO	EUECR (UAM)	,110	248	,000	,913	248	,000
	FEFP (UCM)	,115	824	,000	,946	824	,000
DAS_1	EUECR (UAM)	,353	248	,000	,636	248	,000
	FEFP (UCM)	,367	824	,000	,633	824	,000
DAS_2	EUECR (UAM)	,358	248	,000	,635	248	,000
	FEFP (UCM)	,388	824	,000	,625	824	,000
DAS_3	EUECR (UAM)	,420	248	,000	,601	248	,000
	FEFP (UCM)	,422	824	,000	,600	824	,000
DAS_4	EUECR (UAM)	,462	248	,000	,548	248	,000
	FEFP (UCM)	,461	824	,000	,550	824	,000
DAS_5	EUECR (UAM)	,494	248	,000	,482	248	,000
	FEFP (UCM)	,486	824	,000	,503	824	,000
DAS_6	EUECR (UAM)	,508	248	,000	,442	248	,000
	FEFP (UCM)	,470	824	,000	,534	824	,000
DAS_7	EUECR (UAM)	,487	248	,000	,500	248	,000
	FEFP (UCM)	,482	824	,000	,510	824	,000
DAS_8	EUECR (UAM)	,426	248	,000	,595	248	,000
	FEFP (UCM)	,419	824	,000	,603	824	,000
DAS_9	EUECR (UAM)	,526	248	,000	,366	248	,000
	FEFP (UCM)	,531	824	,000	,341	824	,000
DAS_10	EUECR (UAM)	,468	248	,000	,538	248	,000
	FEFP (UCM)	,485	824	,000	,506	824	,000
DAS_11	EUECR (UAM)	,343	248	,000	,636	248	,000
	FEFP (UCM)	,385	824	,000	,626	824	,000
DAS_12	EUECR (UAM)	,474	248	,000	,528	248	,000
	FEFP (UCM)	,477	824	,000	,522	824	,000
DAS_13	EUECR (UAM)	,416	248	,000	,605	248	,000
	FEFP (UCM)	,448	824	,000	,569	824	,000
DAS_14	EUECR (UAM)	,513	248	,000	,425	248	,000
	FEFP (UCM)	,538	824	,000	,278	824	,000
DAS_15	EUECR (UAM)	,440	248	,000	,580	248	,000
	FEFP (UCM)	,416	824	,000	,605	824	,000

Análisis de normalidad a razón del curso:

		Pruebas de normalidad					
Curso		Kolmogorov-Smirnov ^b			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Fallec	2º	,469	300	,000	,536	300	,000
	3º	,491	196	,000	,488	196	,000
	4º	,541	270	,000	,207	270	,000
	1º	,206	306	,000	,897	306	,000
Asis_EnfT	2º	,298	300	,000	,842	300	,000
	3º	,247	196	,000	,888	196	,000
	4º	,266	270	,000	,876	270	,000
Asist_EnfN	1º	,285	306	,000	,860	306	,000
	2º	,363	300	,000	,761	300	,000
	3º	,348	196	,000	,726	196	,000
	4º	,371	270	,000	,721	270	,000
Emocio_EnfT	1º	,216	306	,000	,895	306	,000
	2º	,248	300	,000	,875	300	,000
	3º	,207	196	,000	,892	196	,000
	4º	,232	270	,000	,877	270	,000
Emocio_EnfN	1º	,303	306	,000	,809	306	,000
	2º	,322	300	,000	,763	300	,000
	3º	,326	196	,000	,744	196	,000
	4º	,319	270	,000	,750	270	,000
Lp_1	1º	,161	306	,000	,945	306	,000
	2º	,161	300	,000	,936	300	,000
	3º	,195	196	,000	,910	196	,000
	4º	,218	270	,000	,869	270	,000
Lp_2	1º	,135	306	,000	,946	306	,000
	2º	,140	300	,000	,948	300	,000
	3º	,141	196	,000	,948	196	,000
	4º	,136	270	,000	,944	270	,000
Lp_3	1º	,174	306	,000	,937	306	,000
	2º	,129	300	,000	,949	300	,000
	3º	,179	196	,000	,900	196	,000
	4º	,194	270	,000	,895	270	,000
Lp_4	1º	,217	306	,000	,841	306	,000
	2º	,195	300	,000	,878	300	,000
	3º	,195	196	,000	,891	196	,000
	4º	,145	270	,000	,913	270	,000
Lp_5	1º	,186	306	,000	,918	306	,000
	2º	,129	300	,000	,951	300	,000
	3º	,149	196	,000	,940	196	,000

	4°	,170	270	,000	,941	270	,000
	1°	,172	306	,000	,919	306	,000
Lp_6	2°	,222	300	,000	,905	300	,000
	3°	,198	196	,000	,890	196	,000
	4°	,194	270	,000	,899	270	,000
	1°	,257	306	,000	,825	306	,000
Lp_7	2°	,253	300	,000	,833	300	,000
	3°	,250	196	,000	,796	196	,000
	4°	,258	270	,000	,796	270	,000
	1°	,241	306	,000	,835	306	,000
IE_A_1	2°	,261	300	,000	,803	300	,000
	3°	,267	196	,000	,797	196	,000
	4°	,309	270	,000	,765	270	,000
	1°	,244	306	,000	,873	306	,000
IE_A_2	2°	,258	300	,000	,870	300	,000
	3°	,252	196	,000	,874	196	,000
	4°	,252	270	,000	,866	270	,000
	1°	,207	306	,000	,894	306	,000
IE_A_3	2°	,218	300	,000	,891	300	,000
	3°	,220	196	,000	,877	196	,000
	4°	,197	270	,000	,892	270	,000
	1°	,249	306	,000	,866	306	,000
IE_A_4	2°	,271	300	,000	,850	300	,000
	3°	,236	196	,000	,855	196	,000
	4°	,224	270	,000	,856	270	,000
	1°	,242	306	,000	,897	306	,000
IE_A_5	2°	,223	300	,000	,901	300	,000
	3°	,276	196	,000	,879	196	,000
	4°	,235	270	,000	,892	270	,000
	1°	,224	306	,000	,888	306	,000
IE_A_6	2°	,238	300	,000	,890	300	,000
	3°	,213	196	,000	,898	196	,000
	4°	,237	270	,000	,889	270	,000
	1°	,229	306	,000	,885	306	,000
IE_A_7	2°	,227	300	,000	,891	300	,000
	3°	,207	196	,000	,884	196	,000
	4°	,229	270	,000	,896	270	,000
	1°	,278	306	,000	,868	306	,000
IE_A_8	2°	,235	300	,000	,897	300	,000
	3°	,221	196	,000	,887	196	,000
	4°	,223	270	,000	,894	270	,000
Σ IE_A	1°	,066	306	,002	,991	306	,073
	2°	,055	300	,027	,994	300	,251

	3 ^o	,075	196	,009	,988	196	,106
	4 ^o	,087	270	,000	,987	270	,015
IE_C_9	1 ^o	,249	306	,000	,882	306	,000
	2 ^o	,217	300	,000	,888	300	,000
	3 ^o	,240	196	,000	,873	196	,000
	4 ^o	,261	270	,000	,860	270	,000
	1 ^o	,228	306	,000	,887	306	,000
IE_C_10	2 ^o	,233	300	,000	,887	300	,000
	3 ^o	,243	196	,000	,882	196	,000
	4 ^o	,265	270	,000	,872	270	,000
IE_C_11	1 ^o	,224	306	,000	,877	306	,000
	2 ^o	,261	300	,000	,872	300	,000
	3 ^o	,257	196	,000	,867	196	,000
	4 ^o	,273	270	,000	,858	270	,000
IE_C_12	1 ^o	,270	306	,000	,844	306	,000
	2 ^o	,285	300	,000	,842	300	,000
	3 ^o	,284	196	,000	,817	196	,000
	4 ^o	,294	270	,000	,837	270	,000
	1 ^o	,313	306	,000	,823	306	,000
IE_C_13	2 ^o	,298	300	,000	,837	300	,000
	3 ^o	,283	196	,000	,829	196	,000
	4 ^o	,285	270	,000	,825	270	,000
	1 ^o	,257	306	,000	,881	306	,000
IE_C_14	2 ^o	,242	300	,000	,873	300	,000
	3 ^o	,269	196	,000	,880	196	,000
	4 ^o	,245	270	,000	,890	270	,000
	1 ^o	,273	306	,000	,853	306	,000
IE_C_15	2 ^o	,261	300	,000	,856	300	,000
	3 ^o	,264	196	,000	,842	196	,000
	4 ^o	,239	270	,000	,863	270	,000
	1 ^o	,256	306	,000	,870	306	,000
IE_C_16	2 ^o	,223	300	,000	,872	300	,000
	3 ^o	,292	196	,000	,848	196	,000
	4 ^o	,276	270	,000	,844	270	,000
	1 ^o	,065	306	,003	,991	306	,047
Σ IE_C	2 ^o	,074	300	,000	,992	300	,133
	3 ^o	,084	196	,002	,987	196	,078
	4 ^o	,066	270	,006	,986	270	,011
IE_R_17	1 ^o	,187	306	,000	,879	306	,000
	2 ^o	,230	300	,000	,888	300	,000
	3 ^o	,213	196	,000	,878	196	,000
	4 ^o	,257	270	,000	,868	270	,000
IE_R_18	1 ^o	,222	306	,000	,883	306	,000

	2°	,227	300	,000	,893	300	,000
	3°	,241	196	,000	,881	196	,000
	4°	,254	270	,000	,868	270	,000
	1°	,190	306	,000	,911	306	,000
IE_R_19	2°	,201	300	,000	,913	300	,000
	3°	,222	196	,000	,903	196	,000
	4°	,201	270	,000	,906	270	,000
	1°	,210	306	,000	,889	306	,000
IE_R_20	2°	,245	300	,000	,885	300	,000
	3°	,224	196	,000	,879	196	,000
	4°	,248	270	,000	,870	270	,000
	1°	,209	306	,000	,881	306	,000
IE_R_21	2°	,256	300	,000	,884	300	,000
	3°	,239	196	,000	,889	196	,000
	4°	,250	270	,000	,870	270	,000
	1°	,270	306	,000	,843	306	,000
IE_R_22	2°	,285	300	,000	,836	300	,000
	3°	,231	196	,000	,841	196	,000
	4°	,281	270	,000	,818	270	,000
	1°	,409	306	,000	,644	306	,000
IE_R_23	2°	,414	300	,000	,638	300	,000
	3°	,395	196	,000	,669	196	,000
	4°	,407	270	,000	,636	270	,000
	1°	,207	306	,000	,890	306	,000
IE_R_24	2°	,234	300	,000	,878	300	,000
	3°	,236	196	,000	,875	196	,000
	4°	,224	270	,000	,867	270	,000
	1°	,054	306	,030	,989	306	,022
Σ_IE_R	2°	,062	300	,008	,981	300	,000
	3°	,081	196	,003	,987	196	,063
	4°	,065	270	,008	,983	270	,003
	1°	,149	306	,000	,908	306	,000
Act_M_1	2°	,152	300	,000	,912	300	,000
	3°	,160	196	,000	,915	196	,000
	4°	,119	270	,000	,940	270	,000
	1°	,142	306	,000	,927	306	,000
Act_M_2	2°	,136	300	,000	,920	300	,000
	3°	,186	196	,000	,896	196	,000
	4°	,157	270	,000	,926	270	,000
	1°	,123	306	,000	,933	306	,000
Act_M_3	2°	,110	300	,000	,929	300	,000
	3°	,145	196	,000	,929	196	,000
	4°	,143	270	,000	,938	270	,000

	1º	,222	306	,000	,877	306	,000
Act_M_4	2º	,200	300	,000	,866	300	,000
	3º	,256	196	,000	,825	196	,000
	4º	,214	270	,000	,868	270	,000
	1º	,164	306	,000	,879	306	,000
Act_M_5	2º	,203	300	,000	,852	300	,000
	3º	,202	196	,000	,856	196	,000
	4º	,204	270	,000	,848	270	,000
	1º	,295	306	,000	,740	306	,000
Act_M_6	2º	,329	300	,000	,704	300	,000
	3º	,292	196	,000	,707	196	,000
	4º	,339	270	,000	,671	270	,000
	1º	,198	306	,000	,912	306	,000
Act_M_7	2º	,179	300	,000	,890	300	,000
	3º	,190	196	,000	,906	196	,000
	4º	,197	270	,000	,894	270	,000
	1º	,205	306	,000	,868	306	,000
Act_M_8	2º	,193	300	,000	,862	300	,000
	3º	,228	196	,000	,843	196	,000
	4º	,187	270	,000	,877	270	,000
	1º	,275	306	,000	,799	306	,000
Act_M_9	2º	,302	300	,000	,752	300	,000
	3º	,300	196	,000	,788	196	,000
	4º	,306	270	,000	,743	270	,000
	1º	,138	306	,000	,926	306	,000
Act_M_10	2º	,114	300	,000	,924	300	,000
	3º	,165	196	,000	,931	196	,000
	4º	,127	270	,000	,932	270	,000
	1º	,150	306	,000	,918	306	,000
Act_M_11	2º	,154	300	,000	,900	300	,000
	3º	,179	196	,000	,899	196	,000
	4º	,182	270	,000	,902	270	,000
	1º	,121	306	,000	,935	306	,000
Act_M_12	2º	,133	300	,000	,922	300	,000
	3º	,150	196	,000	,933	196	,000
	4º	,124	270	,000	,925	270	,000
	1º	,252	306	,000	,827	306	,000
Act_M_13	2º	,241	300	,000	,829	300	,000
	3º	,272	196	,000	,800	196	,000
	4º	,244	270	,000	,825	270	,000
	1º	,342	306	,000	,595	306	,000
Act_M_14	2º	,408	300	,000	,595	300	,000
	3º	,368	196	,000	,626	196	,000

	4°	,384	270	,000	,581	270	,000
	1°	,275	306	,000	,799	306	,000
Act_M_15	2°	,314	300	,000	,757	300	,000
	3°	,348	196	,000	,731	196	,000
	4°	,299	270	,000	,788	270	,000
	1°	,246	306	,000	,824	306	,000
Act_M_16	2°	,287	300	,000	,781	300	,000
	3°	,309	196	,000	,771	196	,000
	4°	,270	270	,000	,811	270	,000
	1°	,174	306	,000	,914	306	,000
Act_M_17	2°	,207	300	,000	,892	300	,000
	3°	,180	196	,000	,904	196	,000
	4°	,175	270	,000	,908	270	,000
	1°	,172	306	,000	,900	306	,000
Act_M_18	2°	,197	300	,000	,888	300	,000
	3°	,187	196	,000	,890	196	,000
	4°	,164	270	,000	,903	270	,000
	1°	,139	306	,000	,918	306	,000
Act_M_19	2°	,146	300	,000	,915	300	,000
	3°	,117	196	,000	,930	196	,000
	4°	,160	270	,000	,926	270	,000
	1°	,185	306	,000	,874	306	,000
Act_M_20	2°	,205	300	,000	,864	300	,000
	3°	,215	196	,000	,855	196	,000
	4°	,194	270	,000	,869	270	,000
	1°	,148	306	,000	,906	306	,000
Act_M_21	2°	,155	300	,000	,892	300	,000
	3°	,149	196	,000	,904	196	,000
	4°	,145	270	,000	,905	270	,000
	1°	,147	306	,000	,905	306	,000
Act_M_22	2°	,165	300	,000	,897	300	,000
	3°	,199	196	,000	,877	196	,000
	4°	,165	270	,000	,884	270	,000
	1°	,196	306	,000	,861	306	,000
Act_M_23	2°	,246	300	,000	,834	300	,000
	3°	,257	196	,000	,831	196	,000
	4°	,236	270	,000	,824	270	,000
	1°	,290	306	,000	,761	306	,000
Act_M_24	2°	,326	300	,000	,700	300	,000
	3°	,332	196	,000	,730	196	,000
	4°	,338	270	,000	,660	270	,000
Act_M_25	1°	,239	306	,000	,834	306	,000
	2°	,256	300	,000	,816	300	,000

	3°	,289	196	,000	,785	196	,000
	4°	,268	270	,000	,800	270	,000
	1°	,210	306	,000	,922	306	,000
Act_M_26	2°	,197	300	,000	,923	300	,000
	3°	,156	196	,000	,929	196	,000
	4°	,168	270	,000	,914	270	,000
	1°	,204	306	,000	,856	306	,000
Act_M_27	2°	,238	300	,000	,835	300	,000
	3°	,279	196	,000	,810	196	,000
	4°	,236	270	,000	,821	270	,000
	1°	,206	306	,000	,854	306	,000
Act_M_28	2°	,236	300	,000	,838	300	,000
	3°	,226	196	,000	,847	196	,000
	4°	,212	270	,000	,854	270	,000
	1°	,227	306	,000	,845	306	,000
Act_M_29	2°	,264	300	,000	,808	300	,000
	3°	,222	196	,000	,854	196	,000
	4°	,275	270	,000	,791	270	,000
	1°	,164	306	,000	,903	306	,000
Act_M_30	2°	,171	300	,000	,898	300	,000
	3°	,158	196	,000	,892	196	,000
	4°	,175	270	,000	,895	270	,000
	1°	,158	306	,000	,889	306	,000
Act_M_31	2°	,179	300	,000	,878	300	,000
	3°	,208	196	,000	,866	196	,000
	4°	,182	270	,000	,881	270	,000
	1°	,149	306	,000	,914	306	,000
Act_M_32	2°	,140	300	,000	,907	300	,000
	3°	,152	196	,000	,888	196	,000
	4°	,154	270	,000	,903	270	,000
	1°	,057	306	,017	,988	306	,012
ACT_miedoM	2°	,062	300	,008	,983	300	,002
	3°	,059	196	,093	,983	196	,015
	4°	,058	270	,026	,986	270	,011
	1°	,054	306	,033	,980	306	,000
ACT_evitació	2°	,055	300	,027	,980	300	,000
nM	3°	,056	196	,200	,983	196	,018
	4°	,069	270	,003	,973	270	,000
	1°	,078	306	,000	,957	306	,000
ACT_aceptaci	2°	,107	300	,000	,951	300	,000
ón	3°	,103	196	,000	,953	196	,000
	4°	,105	270	,000	,951	270	,000
	1°	,101	306	,000	,940	306	,000

ACT_aceptaci ónAcer	2°	,107	300	,000	,934	300	,000
	3°	,117	196	,000	,927	196	,000
	4°	,111	270	,000	,936	270	,000
	1°	,093	306	,000	,961	306	,000
ACT_Aceptac ionEsc	2°	,095	300	,000	,949	300	,000
	3°	,096	196	,000	,957	196	,000
	4°	,101	270	,000	,942	270	,000
	1°	,169	306	,000	,906	306	,000
EB1	2°	,176	300	,000	,884	300	,000
	3°	,172	196	,000	,896	196	,000
	4°	,172	270	,000	,899	270	,000
	1°	,188	306	,000	,892	306	,000
EB2	2°	,179	300	,000	,881	300	,000
	3°	,185	196	,000	,879	196	,000
	4°	,178	270	,000	,895	270	,000
	1°	,154	306	,000	,938	306	,000
EB3	2°	,148	300	,000	,935	300	,000
	3°	,171	196	,000	,908	196	,000
	4°	,166	270	,000	,918	270	,000
	1°	,144	306	,000	,927	306	,000
EB4	2°	,137	300	,000	,917	300	,000
	3°	,170	196	,000	,918	196	,000
	4°	,138	270	,000	,913	270	,000
	1°	,131	306	,000	,940	306	,000
EB5	2°	,130	300	,000	,937	300	,000
	3°	,142	196	,000	,928	196	,000
	4°	,121	270	,000	,940	270	,000
	1°	,169	306	,000	,924	306	,000
EB6	2°	,143	300	,000	,927	300	,000
	3°	,160	196	,000	,914	196	,000
	4°	,148	270	,000	,931	270	,000
	1°	,191	306	,000	,906	306	,000
EB7	2°	,197	300	,000	,902	300	,000
	3°	,228	196	,000	,886	196	,000
	4°	,192	270	,000	,903	270	,000
	1°	,126	306	,000	,943	306	,000
EB8	2°	,183	300	,000	,914	300	,000
	3°	,204	196	,000	,888	196	,000
	4°	,174	270	,000	,913	270	,000
	1°	,153	306	,000	,941	306	,000
EB9	2°	,136	300	,000	,936	300	,000
	3°	,126	196	,000	,941	196	,000
	4°	,180	270	,000	,923	270	,000

EB10	1°	,167	306	,000	,947	306	,000
	2°	,161	300	,000	,941	300	,000
	3°	,166	196	,000	,930	196	,000
	4°	,132	270	,000	,942	270	,000
EB11	1°	,155	306	,000	,938	306	,000
	2°	,122	300	,000	,939	300	,000
	3°	,154	196	,000	,935	196	,000
	4°	,158	270	,000	,920	270	,000
EB12	1°	,166	306	,000	,940	306	,000
	2°	,146	300	,000	,941	300	,000
	3°	,146	196	,000	,938	196	,000
	4°	,170	270	,000	,924	270	,000
Σ_EB	1°	,065	306	,004	,990	306	,029
	2°	,066	300	,003	,993	300	,194
	3°	,057	196	,200	,994	196	,588
	4°	,043	270	,200	,996	270	,670
EH1	1°	,177	306	,000	,923	306	,000
	2°	,206	300	,000	,897	300	,000
	3°	,209	196	,000	,889	196	,000
	4°	,193	270	,000	,883	270	,000
EH2	1°	,163	306	,000	,932	306	,000
	2°	,163	300	,000	,904	300	,000
	3°	,165	196	,000	,922	196	,000
	4°	,201	270	,000	,901	270	,000
EH3	1°	,155	306	,000	,930	306	,000
	2°	,147	300	,000	,919	300	,000
	3°	,187	196	,000	,897	196	,000
	4°	,167	270	,000	,896	270	,000
EH4	1°	,182	306	,000	,853	306	,000
	2°	,203	300	,000	,829	300	,000
	3°	,244	196	,000	,783	196	,000
	4°	,238	270	,000	,789	270	,000
EH5	1°	,156	306	,000	,915	306	,000
	2°	,176	300	,000	,875	300	,000
	3°	,186	196	,000	,860	196	,000
	4°	,230	270	,000	,816	270	,000
EH6	1°	,160	306	,000	,932	306	,000
	2°	,155	300	,000	,917	300	,000
	3°	,195	196	,000	,907	196	,000
	4°	,201	270	,000	,901	270	,000
EH7	1°	,118	306	,000	,944	306	,000
	2°	,142	300	,000	,922	300	,000
	3°	,148	196	,000	,912	196	,000

	4°	,126	270	,000	,935	270	,000
	1°	,160	306	,000	,896	306	,000
EH8	2°	,151	300	,000	,904	300	,000
	3°	,161	196	,000	,894	196	,000
	4°	,151	270	,000	,920	270	,000
	1°	,103	306	,000	,960	306	,000
EH9	2°	,119	300	,000	,943	300	,000
	3°	,129	196	,000	,944	196	,000
	4°	,126	270	,000	,943	270	,000
	1°	,143	306	,000	,951	306	,000
EH10	2°	,155	300	,000	,920	300	,000
	3°	,162	196	,000	,917	196	,000
	4°	,165	270	,000	,909	270	,000
	1°	,164	306	,000	,928	306	,000
EH11	2°	,147	300	,000	,933	300	,000
	3°	,174	196	,000	,921	196	,000
	4°	,140	270	,000	,935	270	,000
	1°	,054	306	,034	,984	306	,002
Σ_Storio	2°	,060	300	,011	,974	300	,000
	3°	,068	196	,026	,982	196	,014
	4°	,057	270	,031	,981	270	,001
	1°	,199	306	,000	,887	306	,000
CL_PM_1	2°	,227	300	,000	,877	300	,000
	3°	,190	196	,000	,884	196	,000
	4°	,170	270	,000	,883	270	,000
	1°	,236	306	,000	,853	306	,000
CL_PM_2	2°	,269	300	,000	,842	300	,000
	3°	,233	196	,000	,833	196	,000
	4°	,218	270	,000	,862	270	,000
	1°	,207	306	,000	,875	306	,000
CL_PM_3	2°	,205	300	,000	,887	300	,000
	3°	,233	196	,000	,855	196	,000
	4°	,205	270	,000	,874	270	,000
	1°	,207	306	,000	,894	306	,000
CL_PM_4	2°	,204	300	,000	,896	300	,000
	3°	,195	196	,000	,890	196	,000
	4°	,180	270	,000	,905	270	,000
	1°	,275	306	,000	,775	306	,000
CL_PM_5	2°	,278	300	,000	,755	300	,000
	3°	,318	196	,000	,707	196	,000
	4°	,291	270	,000	,759	270	,000
	1°	,091	306	,000	,966	306	,000
CL_Σ_PM	2°	,108	300	,000	,955	300	,000

	3°	,117	196	,000	,944	196	,000
	4°	,075	270	,001	,972	270	,000
	1°	,091	306	,000	,966	306	,000
CL_media_P	2°	,108	300	,000	,955	300	,000
M	3°	,117	196	,000	,944	196	,000
	4°	,075	270	,001	,972	270	,000
	1°	,258	306	,000	,781	306	,000
CL_PPM_1	2°	,321	300	,000	,720	300	,000
	3°	,369	196	,000	,678	196	,000
	4°	,365	270	,000	,656	270	,000
	1°	,260	306	,000	,841	306	,000
CL_PPM_2	2°	,257	300	,000	,801	300	,000
	3°	,265	196	,000	,791	196	,000
	4°	,255	270	,000	,796	270	,000
	1°	,336	306	,000	,703	306	,000
CL_PPM_3	2°	,341	300	,000	,701	300	,000
	3°	,364	196	,000	,623	196	,000
	4°	,371	270	,000	,667	270	,000
	1°	,307	306	,000	,738	306	,000
CL_PPM_4	2°	,331	300	,000	,721	300	,000
	3°	,330	196	,000	,719	196	,000
	4°	,367	270	,000	,666	270	,000
	1°	,228	306	,000	,871	306	,000
CL_PPM_5	2°	,240	300	,000	,860	300	,000
	3°	,231	196	,000	,801	196	,000
	4°	,230	270	,000	,822	270	,000
	1°	,125	306	,000	,925	306	,000
CL_Σ_PPM	2°	,116	300	,000	,914	300	,000
	3°	,136	196	,000	,901	196	,000
	4°	,137	270	,000	,898	270	,000
	1°	,125	306	,000	,925	306	,000
CL_media_P	2°	,116	300	,000	,914	300	,000
PM	3°	,136	196	,000	,901	196	,000
	4°	,137	270	,000	,898	270	,000
	1°	,296	306	,000	,767	306	,000
CL_MO_1	2°	,311	300	,000	,724	300	,000
	3°	,313	196	,000	,744	196	,000
	4°	,308	270	,000	,741	270	,000
	1°	,370	306	,000	,687	306	,000
CL_MO_2	2°	,395	300	,000	,628	300	,000
	3°	,355	196	,000	,694	196	,000
	4°	,359	270	,000	,653	270	,000
CL_MO_3	1°	,323	306	,000	,741	306	,000

	2°	,350	300	,000	,697	300	,000
	3°	,351	196	,000	,715	196	,000
	4°	,319	270	,000	,718	270	,000
	1°	,328	306	,000	,724	306	,000
CL_MO_4	2°	,318	300	,000	,723	300	,000
	3°	,324	196	,000	,742	196	,000
	4°	,282	270	,000	,750	270	,000
	1°	,273	306	,000	,795	306	,000
CL_MO_5	2°	,257	300	,000	,802	300	,000
	3°	,283	196	,000	,791	196	,000
	4°	,283	270	,000	,781	270	,000
	1°	,155	306	,000	,875	306	,000
CL_Σ_MO	2°	,187	300	,000	,819	300	,000
	3°	,181	196	,000	,867	196	,000
	4°	,161	270	,000	,858	270	,000
	1°	,155	306	,000	,875	306	,000
CL_media_M	2°	,187	300	,000	,819	300	,000
O	3°	,181	196	,000	,867	196	,000
	4°	,161	270	,000	,858	270	,000
	1°	,267	306	,000	,835	306	,000
CL_PMO_1	2°	,256	300	,000	,810	300	,000
	3°	,249	196	,000	,766	196	,000
	4°	,244	270	,000	,801	270	,000
	1°	,224	306	,000	,886	306	,000
CL_PMO_2	2°	,269	300	,000	,867	300	,000
	3°	,247	196	,000	,866	196	,000
	4°	,241	270	,000	,878	270	,000
	1°	,235	306	,000	,826	306	,000
CL_PMO_3	2°	,240	300	,000	,822	300	,000
	3°	,244	196	,000	,796	196	,000
	4°	,236	270	,000	,816	270	,000
	1°	,255	306	,000	,834	306	,000
CL_PMO_4	2°	,246	300	,000	,796	300	,000
	3°	,257	196	,000	,796	196	,000
	4°	,267	270	,000	,779	270	,000
	1°	,324	306	,000	,749	306	,000
CL_PMO_5	2°	,310	300	,000	,764	300	,000
	3°	,332	196	,000	,725	196	,000
	4°	,299	270	,000	,713	270	,000
	1°	,121	306	,000	,955	306	,000
CL_Σ_PMO	2°	,115	300	,000	,950	300	,000
	3°	,127	196	,000	,884	196	,000
	4°	,104	270	,000	,940	270	,000

	1º	,121	306	,000	,955	306	,000
CL_media_P	2º	,115	300	,000	,950	300	,000
MO	3º	,127	196	,000	,884	196	,000
	4º	,104	270	,000	,940	270	,000
	1º	,368	306	,000	,633	306	,000
DAS_1	2º	,363	300	,000	,634	300	,000
	3º	,370	196	,000	,632	196	,000
	4º	,375	270	,000	,630	270	,000
	1º	,390	306	,000	,623	306	,000
DAS_2	2º	,394	300	,000	,621	300	,000
	3º	,375	196	,000	,630	196	,000
	4º	,358	270	,000	,635	270	,000
	1º	,413	306	,000	,607	306	,000
DAS_3	2º	,427	300	,000	,595	300	,000
	3º	,414	196	,000	,606	196	,000
	4º	,428	270	,000	,593	270	,000
	1º	,458	306	,000	,555	306	,000
DAS_4	2º	,465	300	,000	,544	300	,000
	3º	,445	196	,000	,573	196	,000
	4º	,472	270	,000	,530	270	,000
	1º	,483	306	,000	,510	306	,000
DAS_5	2º	,482	300	,000	,511	300	,000
	3º	,475	196	,000	,525	196	,000
	4º	,507	270	,000	,444	270	,000
	1º	,481	306	,000	,513	306	,000
DAS_6	2º	,499	300	,000	,470	300	,000
	3º	,473	196	,000	,529	196	,000
	4º	,460	270	,000	,552	270	,000
	1º	,458	306	,000	,555	306	,000
DAS_7	2º	,494	300	,000	,482	300	,000
	3º	,505	196	,000	,451	196	,000
	4º	,483	270	,000	,509	270	,000
	1º	,448	306	,000	,569	306	,000
DAS_8	2º	,404	300	,000	,614	300	,000
	3º	,425	196	,000	,596	196	,000
	4º	,402	270	,000	,616	270	,000
	1º	,527	306	,000	,363	306	,000
DAS_9	2º	,535	300	,000	,308	300	,000
	3º	,534	196	,000	,315	196	,000
	4º	,522	270	,000	,389	270	,000
	1º	,469	306	,000	,537	306	,000
DAS_10	2º	,482	300	,000	,511	300	,000
	3º	,500	196	,000	,464	196	,000

	4 ^o	,477	270	,000	,520	270	,000
	1 ^o	,363	306	,000	,634	306	,000
DAS_11	2 ^o	,372	300	,000	,631	300	,000
	3 ^o	,378	196	,000	,629	196	,000
	4 ^o	,391	270	,000	,623	270	,000
	1 ^o	,479	306	,000	,516	306	,000
DAS_12	2 ^o	,453	300	,000	,562	300	,000
	3 ^o	,496	196	,000	,477	196	,000
	4 ^o	,481	270	,000	,513	270	,000
	1 ^o	,420	306	,000	,601	306	,000
DAS_13	2 ^o	,452	300	,000	,564	300	,000
	3 ^o	,445	196	,000	,573	196	,000
	4 ^o	,449	270	,000	,568	270	,000
	1 ^o	,533	306	,000	,325	306	,000
DAS_14	2 ^o	,530	300	,000	,342	300	,000
	3 ^o	,530	196	,000	,346	196	,000
	4 ^o	,539	270	,000	,259	270	,000
	1 ^o	,408	306	,000	,611	306	,000
DAS_15	2 ^o	,413	300	,000	,607	300	,000
	3 ^o	,430	196	,000	,591	196	,000
	4 ^o	,440	270	,000	,580	270	,000
	1 ^o	,103	306	,000	,983	306	,001
Σ_DAS	2 ^o	,091	300	,000	,986	300	,004
	3 ^o	,081	196	,003	,976	196	,002
	4 ^o	,082	270	,000	,985	270	,006

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Fallec es una constante cuando Curso = 1^o y se ha desestimado.

b. Corrección de la significación de Lilliefors

Análisis de normalidad a razón del sexo:

		Pruebas de normalidad					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Sexo		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Fallec	Masculino	,397	198	,000	,710	198	,000
	Femenino	,383	874	,000	,732	874	,000
Asis_EnfT	Masculino	,204	198	,000	,899	198	,000
	Femenino	,261	874	,000	,874	874	,000
Asist_EnfN	Masculino	,332	198	,000	,778	198	,000
	Femenino	,342	874	,000	,793	874	,000
Emocio_EnfT	Masculino	,260	198	,000	,879	198	,000
	Femenino	,241	874	,000	,880	874	,000
Emocio_EnfN	Masculino	,293	198	,000	,749	198	,000
	Femenino	,312	874	,000	,777	874	,000
Lp_1	Masculino	,154	198	,000	,928	198	,000
	Femenino	,163	874	,000	,929	874	,000
Lp_2	Masculino	,131	198	,000	,947	198	,000
	Femenino	,128	874	,000	,950	874	,000
Lp_3	Masculino	,166	198	,000	,921	198	,000
	Femenino	,146	874	,000	,931	874	,000
Lp_4	Masculino	,164	198	,000	,910	198	,000
	Femenino	,204	874	,000	,875	874	,000
Lp_5	Masculino	,183	198	,000	,919	198	,000
	Femenino	,126	874	,000	,946	874	,000
Lp_6	Masculino	,239	198	,000	,889	198	,000
	Femenino	,184	874	,000	,913	874	,000
Lp_7	Masculino	,243	198	,000	,800	198	,000
	Femenino	,257	874	,000	,820	874	,000
IE_A_1	Masculino	,287	198	,000	,823	198	,000
	Femenino	,253	874	,000	,801	874	,000
IE_A_2	Masculino	,259	198	,000	,868	198	,000
	Femenino	,249	874	,000	,869	874	,000
IE_A_3	Masculino	,211	198	,000	,887	198	,000
	Femenino	,204	874	,000	,890	874	,000
IE_A_4	Masculino	,246	198	,000	,873	198	,000
	Femenino	,245	874	,000	,856	874	,000
IE_A_5	Masculino	,204	198	,000	,902	198	,000
	Femenino	,240	874	,000	,895	874	,000
IE_A_6	Masculino	,241	198	,000	,882	198	,000
	Femenino	,226	874	,000	,895	874	,000
IE_A_7	Masculino	,186	198	,000	,887	198	,000

	Femenino	,234	874	,000	,890	874	,000
IE_A_8	Masculino	,223	198	,000	,879	198	,000
	Femenino	,245	874	,000	,888	874	,000
Σ IE_A	Masculino	,065	198	,041	,989	198	,114
	Femenino	,052	874	,000	,994	874	,001
IE_C_9	Masculino	,228	198	,000	,867	198	,000
	Femenino	,247	874	,000	,879	874	,000
IE_C_10	Masculino	,228	198	,000	,885	198	,000
	Femenino	,245	874	,000	,883	874	,000
IE_C_11	Masculino	,256	198	,000	,860	198	,000
	Femenino	,253	874	,000	,872	874	,000
IE_C_12	Masculino	,270	198	,000	,839	198	,000
	Femenino	,287	874	,000	,838	874	,000
IE_C_13	Masculino	,313	198	,000	,825	198	,000
	Femenino	,292	874	,000	,833	874	,000
IE_C_14	Masculino	,229	198	,000	,891	198	,000
	Femenino	,257	874	,000	,882	874	,000
IE_C_15	Masculino	,243	198	,000	,869	198	,000
	Femenino	,265	874	,000	,853	874	,000
IE_C_16	Masculino	,248	198	,000	,871	198	,000
	Femenino	,264	874	,000	,861	874	,000
Σ IE_C	Masculino	,061	198	,069	,988	198	,086
	Femenino	,065	874	,000	,993	874	,000
IE_R_17	Masculino	,246	198	,000	,856	198	,000
	Femenino	,216	874	,000	,887	874	,000
IE_R_18	Masculino	,250	198	,000	,880	198	,000
	Femenino	,233	874	,000	,886	874	,000
IE_R_19	Masculino	,173	198	,000	,911	198	,000
	Femenino	,199	874	,000	,911	874	,000
IE_R_20	Masculino	,236	198	,000	,881	198	,000
	Femenino	,224	874	,000	,890	874	,000
IE_R_21	Masculino	,233	198	,000	,885	198	,000
	Femenino	,239	874	,000	,887	874	,000
IE_R_22	Masculino	,253	198	,000	,840	198	,000
	Femenino	,275	874	,000	,835	874	,000
IE_R_23	Masculino	,424	198	,000	,624	198	,000
	Femenino	,404	874	,000	,651	874	,000
IE_R_24	Masculino	,237	198	,000	,881	198	,000
	Femenino	,222	874	,000	,879	874	,000
Σ IE_R	Masculino	,075	198	,009	,985	198	,035
	Femenino	,055	874	,000	,986	874	,000
Act_M_1	Masculino	,123	198	,000	,934	198	,000
	Femenino	,133	874	,000	,919	874	,000

Act_M_2	Masculino	,135	198	,000	,927	198	,000
	Femenino	,147	874	,000	,920	874	,000
Act_M_3	Masculino	,129	198	,000	,938	198	,000
	Femenino	,133	874	,000	,933	874	,000
Act_M_4	Masculino	,259	198	,000	,816	198	,000
	Femenino	,212	874	,000	,873	874	,000
Act_M_5	Masculino	,210	198	,000	,836	198	,000
	Femenino	,189	874	,000	,865	874	,000
Act_M_6	Masculino	,366	198	,000	,615	198	,000
	Femenino	,304	874	,000	,727	874	,000
Act_M_7	Masculino	,182	198	,000	,875	198	,000
	Femenino	,193	874	,000	,907	874	,000
Act_M_8	Masculino	,221	198	,000	,852	198	,000
	Femenino	,189	874	,000	,870	874	,000
Act_M_9	Masculino	,280	198	,000	,796	198	,000
	Femenino	,299	874	,000	,769	874	,000
Act_M_10	Masculino	,135	198	,000	,935	198	,000
	Femenino	,118	874	,000	,929	874	,000
Act_M_11	Masculino	,137	198	,000	,908	198	,000
	Femenino	,161	874	,000	,909	874	,000
Act_M_12	Masculino	,154	198	,000	,926	198	,000
	Femenino	,119	874	,000	,930	874	,000
Act_M_13	Masculino	,259	198	,000	,816	198	,000
	Femenino	,248	874	,000	,826	874	,000
Act_M_14	Masculino	,426	198	,000	,491	198	,000
	Femenino	,364	874	,000	,618	874	,000
Act_M_15	Masculino	,359	198	,000	,720	198	,000
	Femenino	,293	874	,000	,786	874	,000
Act_M_16	Masculino	,319	198	,000	,758	198	,000
	Femenino	,266	874	,000	,810	874	,000
Act_M_17	Masculino	,195	198	,000	,877	198	,000
	Femenino	,178	874	,000	,912	874	,000
Act_M_18	Masculino	,211	198	,000	,877	198	,000
	Femenino	,173	874	,000	,901	874	,000
Act_M_19	Masculino	,148	198	,000	,918	198	,000
	Femenino	,136	874	,000	,924	874	,000
Act_M_20	Masculino	,212	198	,000	,863	198	,000
	Femenino	,191	874	,000	,869	874	,000
Act_M_21	Masculino	,134	198	,000	,912	198	,000
	Femenino	,143	874	,000	,899	874	,000
Act_M_22	Masculino	,170	198	,000	,886	198	,000
	Femenino	,158	874	,000	,896	874	,000
Act_M_23	Masculino	,240	198	,000	,841	198	,000

	Femenino	,228	874	,000	,840	874	,000
Act_M_24	Masculino	,335	198	,000	,675	198	,000
	Femenino	,316	874	,000	,725	874	,000
Act_M_25	Masculino	,304	198	,000	,778	198	,000
	Femenino	,251	874	,000	,820	874	,000
Act_M_26	Masculino	,157	198	,000	,920	198	,000
	Femenino	,181	874	,000	,928	874	,000
Act_M_27	Masculino	,267	198	,000	,812	198	,000
	Femenino	,228	874	,000	,839	874	,000
Act_M_28	Masculino	,222	198	,000	,838	198	,000
	Femenino	,213	874	,000	,852	874	,000
Act_M_29	Masculino	,219	198	,000	,846	198	,000
	Femenino	,249	874	,000	,821	874	,000
Act_M_30	Masculino	,213	198	,000	,850	198	,000
	Femenino	,163	874	,000	,908	874	,000
Act_M_31	Masculino	,217	198	,000	,854	198	,000
	Femenino	,171	874	,000	,886	874	,000
Act_M_32	Masculino	,137	198	,000	,908	198	,000
	Femenino	,141	874	,000	,905	874	,000
ACT_miedoM	Masculino	,052	198	,200*	,984	198	,022
	Femenino	,048	874	,000	,987	874	,000
ACT_evitación	Masculino	,051	198	,200*	,981	198	,009
M	Femenino	,049	874	,000	,980	874	,000
ACT_aceptación	Masculino	,147	198	,000	,926	198	,000
	Femenino	,095	874	,000	,960	874	,000
ACT_aceptación	Masculino	,141	198	,000	,915	198	,000
nAcer	Femenino	,100	874	,000	,941	874	,000
ACT_Aceptación	Masculino	,097	198	,000	,949	198	,000
nEsc	Femenino	,098	874	,000	,955	874	,000
EB1	Masculino	,177	198	,000	,902	198	,000
	Femenino	,179	874	,000	,895	874	,000
EB2	Masculino	,155	198	,000	,898	198	,000
	Femenino	,189	874	,000	,886	874	,000
EB3	Masculino	,135	198	,000	,927	198	,000
	Femenino	,163	874	,000	,930	874	,000
EB4	Masculino	,160	198	,000	,912	198	,000
	Femenino	,141	874	,000	,922	874	,000
EB5	Masculino	,132	198	,000	,934	198	,000
	Femenino	,130	874	,000	,936	874	,000
EB6	Masculino	,149	198	,000	,927	198	,000
	Femenino	,156	874	,000	,924	874	,000
EB7	Masculino	,243	198	,000	,867	198	,000
	Femenino	,188	874	,000	,908	874	,000

EB8	Masculino	,161	198	,000	,923	198	,000
	Femenino	,167	874	,000	,919	874	,000
EB9	Masculino	,152	198	,000	,925	198	,000
	Femenino	,130	874	,000	,941	874	,000
EB10	Masculino	,169	198	,000	,942	198	,000
	Femenino	,152	874	,000	,943	874	,000
EB11	Masculino	,168	198	,000	,915	198	,000
	Femenino	,139	874	,000	,938	874	,000
EB12	Masculino	,169	198	,000	,924	198	,000
	Femenino	,150	874	,000	,941	874	,000
Σ_EB	Masculino	,042	198	,200	,991	198	,248
	Femenino	,048	874	,000	,995	874	,004
EH1	Masculino	,188	198	,000	,869	198	,000
	Femenino	,204	874	,000	,904	874	,000
EH2	Masculino	,172	198	,000	,903	198	,000
	Femenino	,176	874	,000	,919	874	,000
EH3	Masculino	,152	198	,000	,904	198	,000
	Femenino	,169	874	,000	,914	874	,000
EH4	Masculino	,262	198	,000	,742	198	,000
	Femenino	,196	874	,000	,833	874	,000
EH5	Masculino	,202	198	,000	,849	198	,000
	Femenino	,177	874	,000	,881	874	,000
EH6	Masculino	,216	198	,000	,879	198	,000
	Femenino	,167	874	,000	,926	874	,000
EH7	Masculino	,159	198	,000	,918	198	,000
	Femenino	,122	874	,000	,935	874	,000
EH8	Masculino	,134	198	,000	,931	198	,000
	Femenino	,158	874	,000	,899	874	,000
EH9	Masculino	,150	198	,000	,924	198	,000
	Femenino	,110	874	,000	,954	874	,000
EH10	Masculino	,167	198	,000	,897	198	,000
	Femenino	,151	874	,000	,934	874	,000
EH11	Masculino	,187	198	,000	,907	198	,000
	Femenino	,144	874	,000	,935	874	,000
Σ_Storio	Masculino	,070	198	,020	,960	198	,000
	Femenino	,041	874	,001	,985	874	,000
CL_PM_1	Masculino	,169	198	,000	,892	198	,000
	Femenino	,205	874	,000	,883	874	,000
CL_PM_2	Masculino	,205	198	,000	,863	198	,000
	Femenino	,248	874	,000	,846	874	,000
CL_PM_3	Masculino	,189	198	,000	,890	198	,000
	Femenino	,215	874	,000	,872	874	,000
CL_PM_4	Masculino	,209	198	,000	,892	198	,000

	Femenino	,195	874	,000	,901	874	,000
CL_PM_5	Masculino	,259	198	,000	,796	198	,000
	Femenino	,295	874	,000	,744	874	,000
CL_Σ_PM	Masculino	,082	198	,002	,978	198	,003
	Femenino	,089	874	,000	,959	874	,000
CL_media_PM	Masculino	,082	198	,002	,978	198	,003
	Femenino	,089	874	,000	,959	874	,000
CL_PPM_1	Masculino	,249	198	,000	,772	198	,000
	Femenino	,341	874	,000	,708	874	,000
CL_PPM_2	Masculino	,240	198	,000	,848	198	,000
	Femenino	,244	874	,000	,804	874	,000
CL_PPM_3	Masculino	,313	198	,000	,716	198	,000
	Femenino	,361	874	,000	,673	874	,000
CL_PPM_4	Masculino	,262	198	,000	,772	198	,000
	Femenino	,349	874	,000	,699	874	,000
CL_PPM_5	Masculino	,215	198	,000	,870	198	,000
	Femenino	,233	874	,000	,841	874	,000
CL_Σ_PPM	Masculino	,096	198	,000	,937	198	,000
	Femenino	,117	874	,000	,910	874	,000
CL_media_PP	Masculino	,096	198	,000	,937	198	,000
M	Femenino	,117	874	,000	,910	874	,000
CL_MO_1	Masculino	,250	198	,000	,829	198	,000
	Femenino	,330	874	,000	,715	874	,000
CL_MO_2	Masculino	,261	198	,000	,779	198	,000
	Femenino	,395	874	,000	,626	874	,000
CL_MO_3	Masculino	,249	198	,000	,817	198	,000
	Femenino	,353	874	,000	,684	874	,000
CL_MO_4	Masculino	,256	198	,000	,793	198	,000
	Femenino	,325	874	,000	,717	874	,000
CL_MO_5	Masculino	,201	198	,000	,871	198	,000
	Femenino	,296	874	,000	,772	874	,000
CL_Σ_MO	Masculino	,125	198	,000	,942	198	,000
	Femenino	,185	874	,000	,823	874	,000
CL_media_MO	Masculino	,125	198	,000	,942	198	,000
	Femenino	,185	874	,000	,823	874	,000
CL_PMO_1	Masculino	,244	198	,000	,856	198	,000
	Femenino	,243	874	,000	,800	874	,000
CL_PMO_2	Masculino	,235	198	,000	,889	198	,000
	Femenino	,245	874	,000	,875	874	,000
CL_PMO_3	Masculino	,263	198	,000	,838	198	,000
	Femenino	,240	874	,000	,813	874	,000
CL_PMO_4	Masculino	,280	198	,000	,843	198	,000
	Femenino	,258	874	,000	,794	874	,000

CL_PMO_5	Masculino	,241	198	,000	,810	198	,000
	Femenino	,334	874	,000	,723	874	,000
CL_Σ_PMO	Masculino	,114	198	,000	,946	198	,000
	Femenino	,106	874	,000	,941	874	,000
CL_media_PM O	Masculino	,114	198	,000	,946	198	,000
	Femenino	,106	874	,000	,941	874	,000
DAS_1	Masculino	,398	198	,000	,618	198	,000
	Femenino	,349	874	,000	,636	874	,000
DAS_2	Masculino	,385	198	,000	,626	198	,000
	Femenino	,380	874	,000	,628	874	,000
DAS_3	Masculino	,437	198	,000	,584	198	,000
	Femenino	,418	874	,000	,604	874	,000
DAS_4	Masculino	,488	198	,000	,497	198	,000
	Femenino	,455	874	,000	,560	874	,000
DAS_5	Masculino	,439	198	,000	,580	198	,000
	Femenino	,498	874	,000	,473	874	,000
DAS_6	Masculino	,431	198	,000	,589	198	,000
	Femenino	,490	874	,000	,494	874	,000
DAS_7	Masculino	,421	198	,000	,600	198	,000
	Femenino	,496	874	,000	,477	874	,000
DAS_8	Masculino	,382	198	,000	,627	198	,000
	Femenino	,429	874	,000	,593	874	,000
DAS_9	Masculino	,483	198	,000	,508	198	,000
	Femenino	,537	874	,000	,293	874	,000
DAS_10	Masculino	,454	198	,000	,560	198	,000
	Femenino	,487	874	,000	,501	874	,000
DAS_11	Masculino	,388	198	,000	,624	198	,000
	Femenino	,372	874	,000	,631	874	,000
DAS_12	Masculino	,439	198	,000	,580	198	,000
	Femenino	,484	874	,000	,507	874	,000
DAS_13	Masculino	,499	198	,000	,468	198	,000
	Femenino	,427	874	,000	,595	874	,000
DAS_14	Masculino	,540	198	,000	,240	198	,000
	Femenino	,532	874	,000	,334	874	,000
DAS_15	Masculino	,395	198	,000	,620	198	,000
	Femenino	,428	874	,000	,594	874	,000
Σ_DAS	Masculino	,102	198	,000	,979	198	,005
	Femenino	,081	874	,000	,986	874	,000

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

