



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Ansiedad del personal de salud ante la muerte en UCI del Hospital  
Regional Lambayeque

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Acosta Farfán, Yéssica Liliana (ORCID: 0000-0003-0581-150X)

**ASESORA:**

Dra. Gálvez Díaz, Norma del Carmen (ORCID: 0000-0002-6975-0972)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

Chiclayo – Perú  
2021

## **Dedicatoria**

A Dios, por darme la perseverancia necesaria para continuar con mis proyectos y mantenerme firme en mis convicciones.

A mi madre y mis hijos por siempre brindarme el apoyo para seguir cumpliendo cada uno de mis metas.

## **Agradecimiento**

A la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, representado por la Dra. Mercedes Alejandrina Collazos Alarcón, por ser la piedra angular en nuestra educación.

A mi asesora, Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz por su paciencia, doctrina, y experiencia brindada.

A los miembros del jurado, por su contribución y compromiso a la investigación científica.

A personal de salud que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Lambayeque.

## Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. MARCO TEÓRICO .....	11
III. METODOLOGÍA.....	20
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	20
3.2. Variables y operacionalización.....	20
3.3. Población, muestra y muestreo.....	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	21
3.5. Procedimiento de recolección de datos .....	22
3.6. Método de análisis de datos .....	23
3.7. Aspectos éticos.....	23
IV. RESULTADOS .....	24
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSIONES .....	32
VII. RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS .....	34
ANEXOS.....	39

## Índice de tablas

Tabla 1: Distribución de profesionales de la salud que laboran en la UCI del Hospital Regional Lambayeque, 2020 .....	20
Tabla 2: Caracterización del personal de salud labora en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque .....	24
Tabla 3: Media mayor y menor por ítem del factor significativo de los niveles de ansiedad .....	26
Tabla 4:Niveles de ansiedad del personal de salud ante la muerte en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.....	27

## Resumen

La pandemia generada por el COVID-19 a expuesto al equipo de salud a situaciones extremas que causan ansiedad de manera inevitable, sobre todo en áreas críticas como las unidades de cuidados intensivos. El objetivo fue determinar el nivel de ansiedad del personal de salud ante la muerte en UCI del Hospital Regional de Lambayeque, 2020. Fue cuantitativa, diseño no experimental, descriptivo transversal, el instrumento de recolección de datos fue mediante el Inventario de Ansiedad ante la Muerte para la evaluación de la ansiedad ante la muerte. La muestra fue de 75 profesionales de la salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Lambayeque, el muestreo de tipo censal. Resultados evidencian que la mayoría del equipo de salud que labora en el hospital regional Lambayeque son mujeres, siendo el grupo profesional de enfermeros los que en su mayoría conforman el equipo de salud, la mayoría se encuentra entre las edades de 36 a 46 años. En la mayoría de los casos es más alta la media de las enfermeras de UCI, seguido de médicos y técnicos de enfermería. En todo momento se mantuvo en cuenta los criterios de rigor científico y principios éticos.

**Palabras claves:** Ansiedad, unidad de cuidados intensivos, personal de salud, muerte

## **Abstract**

The pandemic generated by COVID-19 has exposed the health team to extreme situations that inevitably cause anxiety, especially in critical areas such as intensive care units. The objective was to determine the level of anxiety of the health personnel before death in the ICU of the Regional Hospital of Lambayeque, 2020. It was quantitative, non-experimental, descriptive cross-sectional design, the data collection instrument was through the Death Anxiety Inventory (DAI) for the evaluation of death anxiety. The sample consisted of 75 health professionals who work in the Intensive Care Unit (ICU) of the Lambayeque Regional Hospital, the census-type sampling. Results show that the majority of the health team that works in the Lambayeque regional hospital are women, with the professional group of nurses who mostly make up the health team, and the majority are between the ages of 36 to 46 years. In most cases, the average number of ICU nurses is higher, followed by doctors and nursing technicians. At all times, the criteria of scientific rigor and ethical principles were kept in mind.

**Keywords:** Anxiety, intensive care unit, health personnel, death

## I. INTRODUCCIÓN

La actual pandemia de Covid-19, producida por una cepa mutante de coronavirus el SARS-CoV-2, ha generado en todo el mundo, en el siglo 21, una severa crisis económica, social y de salud, nunca antes vista. Se inició en China a fines de diciembre 2019, en la provincia de Hubei (ciudad Wuhan) donde se reportó un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con siete pacientes graves. El primer caso fue descrito el 8 de diciembre 2019. (Ministerio de la sanidad de Wuhan, 2019)

La capacidad para causar la muerte es una característica de la gravedad de las enfermedades infecciosas, como el SRAS-CoV-2, que también refleja la calidad de la atención sanitaria. (OMS, 2020). La muerte, en pacientes con diagnóstico de caso severo causado por COVID-19 quienes se encuentran hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (UCI) representa actualmente una situación estresante para el equipo de salud, quienes hacen frente a la tristeza, impotencia, sufrimiento, riesgos al contagio de manera continua (Bauman, 2015).

Los pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tienen una posible esperanza de vida; siendo el equipo de salud quienes junto a la tecnología dedican su esfuerzo para salvar las vidas y eviten la muerte. Cuando el equipo de salud está frente a este proceso de la muerte aparece con regularidad una afección de fracaso e impotencia, algo incomprensible hace que la muerte sea algo evitable ante el avance de la ciencia (García y et al., 2014).

Los trabajadores de salud representan la población que más tiempo transcurre con el paciente en una UCI, donde este compartimiento espacial y temporal implica fuertes reacciones sentimentales, si no se realiza una atención debida y oportuna y/o se canaliza de manera correcta, pueden terminar en protestas de ansiedad y estrés. (Díaz y et al., 2017, pp 246-265).

En ese sentido, la UCI engloba un entorno donde se prioriza salvaguardar la vida de las personas en momentos críticos de salud; sin embargo, se revelan una cantidad numerosa de muertes que lo relacionan con la detención o el apartamiento de terapias que ayudan a sostener o resistir la vida del paciente y, en estos escenarios, la función de las enfermeras en el servicio de la Unidad de Cuidado

Intensivo sufre una alteración: pasa de otorgar los lineamientos de soporte vital a realizar la atención y vigilancia del final de la existencia (Espinosa y et al., 2015).

Las enfermeras y los trabajadores de salud que realizan sus labores en unidades de cuidado intensivo se relacionan directa y constantemente a la muerte de los niños, así también de brindar el apoyo frente a la necesidad del cuidado al final de la existencia. Asimismo, afrontan el sufrimiento, dolor y la pena donde termina, en la muerte de sus pacientes y el dolor irreparable de sus familias; se observa el sentir desagradable que observan las enfermeras, estos hechos influyen en su vida laboral y social (García y et al., 2014).

La manera como los trabajadores de salud enfrentan el sufrimiento y el proceso de morir de sus pacientes, va a depender de sus habilidades y recursos personales (Galiana y et al., 2017)., donde un acontecimiento estresante puede generar a cada persona respuestas muy diferentes.

El equipo de salud de la UCI, pasa gran parte de tiempo con el paciente y su entorno familiar, donde puede existir reclamos por múltiples situaciones por parte de los familiares del paciente, incrementando la ansiedad y estrés. Esto puede concluir en un agotamiento emocional que afectaría considerablemente la oportuna y buena práctica de la atención (Brunet R, 2015).

Aunque el profesional de salud se ha preparado para enfrentar situaciones de riesgo como la muerte de los pacientes; no se educa a reflexionar respecto a la muerte (Benbunan B, et al, 2017). Todo ser humano tiene la necesidad propia de encontrar no una aclaración a la muerte, sino una forma de adecuarse a ella para disminuir la ansiedad (González, 2018).

La ansiedad puede ser un fenómeno que lleva al individuo a movilizarse ante situaciones de amenaza o riesgo, con el fin de adaptarse a la situación, apreciándose en diversos trabajos que los personales de salud no presentan una ansiedad significativa ante la muerte diferente del resto de la sociedad (Santisteban y Mier, 2016).

En China; Huang Jizheng, encontraron que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de  $42,91 \pm 10,89$  puntos. Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y

ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. La tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres; y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres ( $43,78 \pm 11,12$ ) vs ( $39,14 \pm 9,01$ ), ( $t = -2,548$ ,  $P = 0,012$ ).

En nuestro país, los hospitales del MINSA y EsSalud, están al tope en las camas UCI, las muertes a diario se incrementan y parece que nada frena esta situación difícil generada por la pandemia del COVID-19. Existen investigaciones que reportan que el personal de salud presenta problemas de salud mental, más en profesionales mujeres, y aquellos que trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19. (Jeff, 2020)

A nivel local, el Hospital Regional Lambayeque, es un hospital COVID-19 que no es ajeno a la realidad del mundo y del Perú, donde el personal de salud no ha sido sujeto de estudio para medir sus niveles de ansiedad que reporten datos a fin de desarrollar estrategias de gestión que permitan dar el soporte emocional y psicológico de manera institucional y como estado peruano.

Investigar sobre el nivel de ansiedad del personal de salud ante la muerte en la UCI representa gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y en la atención del grupo de trabajo de salud con pacientes y familiares, así mismo en la toma de decisiones (Maza, Zavaleta y Merino, 2018).

Actualmente el Perú vive una aparente “segunda ola” y el personal de salud agotado de un año de situaciones que los coloca a diario frente a la muerte puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares, los cuales no solo repercuten en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra la COVID-19), sino también en su bienestar. La investigadora considera que, si se desea contener adecuadamente la pandemia, se debe propiciar el cuidado de la salud mental del personal de salud.

A nivel de gestión de los servicios de la salud en la toma de decisiones de quienes lideran los servicios u hospitales contribuye porque los niveles de ansiedad que se generan por el riesgo a contagiarse, escasos EPP, que pueden terminar con la muerte como una de sus posibilidades que enfrentan a diario son datos que deben ser valorados para que se implementen programas de apoyo a los profesionales de la salud, se gestionen mejores condiciones de trabajo.

En ese sentido la investigadora se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de ansiedad del personal de salud ante la muerte en UCI del Hospital Regional Lambayeque 2020?

Objetivo:

Analizar el nivel de ansiedad del personal de salud ante la muerte en UCI del Hospital Regional de Lambayeque, 2020.

Objetivos específicos:

Caracterizar al personal de salud labora en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.

Identificar la media mayor y menor por factor significativo de los niveles de ansiedad

Comparar los niveles de ansiedad del personal de salud ante la muerte en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.

## **II. MARCO TEÓRICO**

En España, Pascual C. (2015), investigó “Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos”. Objetivo: Evaluar los niveles de ansiedad ante el deceso de profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Método: Se ejecutó un estudio observacional descriptivo transversal en la UCI pediátrica y de adultos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se utilizó encuestas dirigidas a las enfermeras y auxiliares de la Unidad de Cuidados Intensivos. Como instrumento se usó el Inventario de Ansiedad ante la Muerte para la valoración de la ansiedad ante la muerte. Como resultados se tiene que las enfermeras de UCI del área de Pediatría muestran niveles mayores de ansiedad que las de UCI adultos, y los trabajadores con poca experiencia manifiestan no sentirse formados en el tema. Conclusiones: La experiencia y la formación son dos puntos importantes que apoyan a los trabajadores de salud a hacerle frente a la muerte, por lo cual los pacientes muy enfermos y se encuentren en estado terminal sean atendidos por trabajadores de salud que cuente con este perfil.

En España, Diaz M., Juarros N., García B y Sáenz C. (2017) investigó “Estudio

de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte”. Objetivo: Determinar la ansiedad del personal de enfermería ante la muerte. Métodos: Estudio descriptivo transversal llevado a cabo entre los profesionales de enfermería de la UCI del Complejo Asistencial Universitario de Burgos (CAUB), como instrumento se utilizó la escala de valoración de ansiedad de Templer y un cuestionario con variables sociodemográficas. Como Resultados el 40% del total de las enfermeras de la UCI del CAUB que superaban los valores que se consideran normales para la ansiedad. Asimismo, la ansiedad no se asoció con ninguna de las variables mencionadas y estudiadas.

En España H. Herrero Sanz (2011), investigó: “Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal”. Objetivos: Evaluar el nivel de ansiedad y la influencia de variables sociodemográficas en los profesionales de una unidad de cuidados intensivos neonatales. Método: Estudio prospectivo transversal. A todos los médicos, enfermeros/as y auxiliares se les entregó dos cuestionarios autoadministrados en situación basal para valorar ansiedad rasgo y ansiedad estado (IDDA-EA Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo; STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo). Resultados: Hubo una tasa de respuesta del 88,5%. El 36% puntuaron entre los centiles 30 y 70 en ansiedad estado, por encima del centil 70 el 11,8% y por debajo del centil 30 el 51%. No se encuentran diferencias significativas en relación al estamento ni a la edad. Tampoco hubo diferencias significativas entre ansiedad estado y rasgo. En función del género se obtiene una diferencia estadísticamente significativa de 8 puntos mayor para las mujeres. Conclusiones: Para la mayoría de los profesionales las situaciones cotidianas en las que se ven involucrados no suscitan cargas de ansiedad significativas ya que la mitad de los profesionales tienen unos niveles inferiores a la media de la población. Se perciben competentes y capaces de enfrentarse a sus tareas. Tienen un alto grado de interés y de atención en la actividad que desarrollan.

En el ámbito local no se muestran investigaciones publicadas en revistas de impacto que aseguren el rigor metodológico, ético y científico para considerarlo como antecedente; por ello también asigna originalidad al estudio.

Para mayor profundización y comprensión de las variables en estudio, se

han consultado diversas bases de datos, libros que han permitido la construcción de este capítulo a partir de las bases teóricas y científicas.

Sabemos y lo tenemos claro que el personal de salud que se encuentran en primera línea día a día se enfrenta a escenarios que se relacionan con la muerte, el tener una relación directa y constante con los enfermos que se encuentran en estado de moribundos y su entorno familiar, tienen que haber desarrollado una formación específica para el personal de enfermeras en estas difíciles circunstancias de afrontar. La enfermera, debe de dominar habilidades que controle síntomas físicos, asimismo debe estar apta para ofrecer un cuidado integral y de calidad al paciente que se encuentra en su última etapa de su vida. Para realizar lo manifestado las enfermeras deben dominar habilidades sociales y de comunicación que le ayuden a acompañar y entender en cualquier momento a este tipo de pacientes y a su entorno familiar que luego pasaran por el proceso de duelo. (Benbunan B et. al, 2017)

Esta investigación empleará como teoría a la propuesta por Virginia Henderson quien valora que el rol de la enfermera es brindar ayuda a la persona que se encuentra enferma o sana en la ejecución de esas actividades que ayudan a fortalecer su salud, y tener una recuperación o a un fallecimiento tranquilo, donde el paciente realizaría sin ayuda si hubiera tenido la fuerza, voluntad o conocimientos indispensables (Hernández, F., 2016); asimismo Calixta Roy, en sus resultados de sus estudios e investigaciones, menciona que el objetivo del personal de enfermería es brindar un mejor nivel de adaptación de los pacientes y entorno familiar en cada uno de los cuatro modos de adaptación (fisiológico y físico, autoconcepto de grupo, desempeño del rol e interdependencia), de esta manera apoyar a poseer una salud buena, con una mejor calidad de vida y tener una muerte con dignidad. En sus últimos textos manifiesta que “La salud no consiste en salvarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de respuesta y forma de combatir todas las situaciones negativas del mejor modo posible.

También hace referencia la Declaración del Consejo Internacional de Ética (CIE), referente al “rol de la enfermera que concede los cuidados a los pacientes moribundos y a su entorno familiar”, manifiesta que el personal de enfermería se

encuentran preparadas para brindar cuidados compasivos, aligerar el dolor y el sufrimiento en todo momento de los pacientes en su fase final de la vida y brindar respaldo a toda su entorno familiar; considerando sus valores culturales y el derecho a tomar decisiones que serán informadas, aceptado el recibir o rechazar un determinado tratamiento y tener una muerte apropiada.

Asimismo, se menciona, que el personal de enfermería es considerado integrantes claves en los equipos interdisciplinarios que brindan cuidados (Hernández F., 2016) Según lo que manifestó Watson “el cuidado es un proceso humano intersubjetivo que representa respeto por el misterio de la existencia en el mundo, manifestado en las tres esferas de la mente, cuerpo y alma. Los cambios del cuidado humano se fundamentan en la reciprocidad y permite una única y auténtica presencia en el mundo del otro”. Asimismo, existe el “yo”, que es la apreciación de sí mismo, se considera al paciente como un individuo unitario, asimismo, se ofrece un cuidado de enfermería global sabiendo que la persona es un ente único e indivisible teniendo que cuidarse en todas sus dimensiones, sabiendo que, si existe una falla en una de ellas, se produce una descompensación afectando en las demás dimensiones (Palomo y et al., 2015, pp 217-219).

El proceso de la agonía representa momentos antes de la muerte, que se origina horas antes que se produzca la muerte de la persona; otros manifiestan que ocurre entre los últimos 3 a 5 días últimos de su deceso, presentando evidentes signos y síntomas que pertenecen al proceso de morir, por tanto, la agonía representa el tiempo en espera, siendo este muy corto, considerándose el momento más difícil y crítico por la parte emocional que se observa y se siente antes de llegar a la muerte. Otras veces la agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, donde intervienen incidencias de complicaciones y efectos colaterales.

Es común, en el transcurso del último mes del deceso comienzan a disminuir de manera rápida y progresiva las energías, la actividad y el bienestar. Observándose un notable debilitamiento de la paciente donde se observa muy con bastante claridad que la muerte se aproxima (Gonzales, 2014). El morir es proceso que contiene una etapa precisa para percatarse de emociones muy intensas que

se observa la fragilidad y la limitación de la vida humana. En este proceso se encuentran incluidos el paciente moribundo, el entorno familiar y el equipo de trabajadores de salud.

Se sabe que los profesionales de la salud se encuentran en constante contacto con la muerte en sí misma, este proceso puede causar ansiedad; por tal motivo la importancia en ahondar en ella. Así autores como Beck y Greenberg (2014) revelan a la ansiedad como “un estado emocional tenso; que se genera mayormente por síntomas físicos como tensión, temblor, sudor, palpitaciones y aumento de pulsiones”.

La ansiedad se suele llamar como trastorno de ansiedad, se considera un estado mental o una respuesta emocional, que pueden ser causadas por la interrelación de factores biológicos y ambientales, ocasionando alguna depresión, inseguridad, miedos intensos y pensamientos dañinos que afecten el sistema nervioso, donde se pueda apreciar tensión muscular que altere desfavorablemente la conducta. Los autores Stein y Hollander (2010); definen a la ansiedad como “una circunstancia emocional tenso representado por una variedad de 28 síntomas simpáticos, manifestándose dolor torácico, palpitaciones y presenta obstáculo en la respiración”.

Es considerado a la ansiedad como un indicativo de una patología subyacente donde el afecto se altera a ser excesivo, sucediendo en cualquier fase de tiempo dificultando nuestra vida cotidiana. La ansiedad puede presentarse en cualquier persona sin importar el color, edad ni sexo, se considera una enfermedad mental, para hacer frente a la ansiedad se debe realizar constantemente ejercicio físico moderado, alimentación saludable, realizar ejercicios de relajación y meditación, dormir la cantidad de horas normales, todo esto favorece manejar de la mejor forma la ansiedad, teniendo como objetivo obtener una respuesta emocional normal (OMS, 2019).

De acuerdo a Lega, Caballo y Ellis (2002); la ansiedad del ego resulta de la tensión emocional que procede de aquellos pensamientos de amenaza, demandas y catastrofización de un individuo. También se considera como un sentimiento doloroso y agotador que es acompañado por otras emociones como depresión, vergüenza y culpa. Tenemos también, la ansiedad situacional que

suele ser poco dramática en comparación de la ansiedad del ego, pudiéndose expresarse a través de síntomas primarios como el miedo a ambientes cerrados o como síntoma secundario como a sentirse ansioso en lugares oscuros o cerrados.

Para Beck, Emery y Greenberg (2014), revelan que son muchos los factores que influyen en el trastorno de ansiedad, como la herencia, las patologías que son causantes de trastornos a nivel neuroquímico tenemos al hipertiroidismo, los eventos traumáticos en el desarrollo personal, los modelos cognitivos distorsionados que realizan efectos desfavorables y los objetivos poco realistas.

Tenemos que los factores que causan la ansiedad son las circunstancias extensas donde existe un importante estado de gravedad, que es la pérdida de un ser querido o el término en su centro de trabajo. Asimismo, el estrés de duración prolongada, se consideran estresores que pueden quedarse durante mucho tiempo y poseen un efecto acumulativo durante el desarrollo de la vida. Teniendo como resultado el agotamiento y desborde de las estrategias de afrontamiento de la persona.

Beck, Emery y Greenberg (2014) manifiestan que el presentar una patología física, mental, el ingerir sustancias tóxicas o presentar una alta cantidad de estrés crónico o específico, implican a un decaimiento emocional. De acuerdo a lo manifestado un individuo que sufre un trastorno de ansiedad suele presentar uno o más de los factores indicados.

En el servicio de UCI, los profesionales de salud se encuentran día a día en convivencia con este hecho. Ante esta realidad, existen muchas personas que no aceptan y entienden que la muerte es inevitable, no existiendo avances médicos que puedan evitar la muerte, los médicos tienen como meta evitar la muerte prematura (Allúe, 2019, pp 33-39). Intentar esconder la muerte en la actualidad viene dado por una revalorización del cuerpo humano como máquina cosechadora de éxitos.

En estos últimos meses del año 2020, podemos observar en las estadísticas relacionadas a la cantidad de muertes en el servicio de UCI ha ido en aumento incrementado significativamente, considerando el índice principal el resultado de las cantidades de muertes que presentan en la UCI. En la actualidad la pandemia de COVID-19 y el masivo incremento de pacientes

infectados, suelen llegar a estados críticos de esta anomalía a las unidades de cuidados intensivos, donde el personal de salud que representa la primera línea de acción por estar en constante acercamiento con los pacientes puede llegar a padecer una crisis alta de ansiedad.

Considerándose los retos que debe tener el personal de salud es de identificar los casos más críticos de insuficiencia respiratoria, siempre considerando los protocolos de intubación y ventilación mecánica y prevenir contagios entre los profesionales de la salud.

De acuerdo con reportes de la agencia científica Sinc, se estima que entre el 10% y el 15% de los pacientes que hicieron su ingreso en el hospital con neumonía producida por el virus SARS-CoV-2 se adhieren al servicio de UCI, y el 90% necesitan intubación y ventilación mecánica, por lo general en un lapso de al menos dos o tres semanas, cabe señalar que existe una cantidad considerable que muere. (Alonso, 2014).

Todo lo mencionado genera respuestas emocionales de temor, ansiedad y preocupación, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes (Fernández, 2015, pp 96-103). Existen científicos que manifiestan que el morir en la actualidad representa algo mecánico, solitario y deshumanizado. Comúnmente las personas coexisten con el temor a la muerte, pero los profesionales de salud que se encuentran constantemente observando las muertes de otras personas. Todo esto, de alguna u otra forma, puede impactar positiva o negativamente en la actitud del personal sanitario (Yagüe, 2015). El profesional de salud debe desarrollar actitudes positivas en favorecer los cuidados de alta calidad, sobre todo, en circunstancias donde el paciente se encuentra a punto de enfrentar la muerte.

Específicamente los enfermeros, deben realizar cuidados que deben enfocarse en proporcionar una muerte tranquila, tanto el paciente debe aceptar sin miedos y estar preparado para el final que se considera parte de la vida.

Existen estudios donde el personal de enfermería muestra niveles de ansiedad ante el proceso de la muerte considerándose algo común, pero al ser comparados con los niveles de ansiedad de la sociedad podemos decir que presentan porcentajes reducidos, esto se debe a su preparación y habilidades

para el manejo de estas anomalías.

Se menciona que los enfermeros son quienes comparten el mayor tiempo posible acompañando a sus pacientes, por tal motivo esta actividad se hace rutinaria y normal viendo como sus pacientes se enfrentan directa y frecuentemente con la muerte (Santisteban y Mier, 2016, pp 18-24). Por lo general el personal de enfermería no crean relaciones afectivas con los pacientes de esta manera se mantendría una cierta “distancia emocional” entre ambos, para que el deceso del paciente influya lo menos posible en su estabilidad emocional.

Cabe señalar que los procesos de la muerte son diferentes, este proceso depende de la edad del paciente, su enfermedad y relación que se tenga con su entorno familiar; a veces a los pacientes se les asigna una identidad, pudiendo ser un número, muchas veces al paciente no se le trata como ser humano sino como un objeto (Brito P., 2016). Todo esto funciona como mecanismo de defensa, pues la relación con el paciente que se encuentra delicado hace más conscientes de su propia mortalidad a las personas que lo rodean (Montoya, 2016).

En un hospital la UCI son unidades con equipos altamente sofisticados donde se proporcionan cuidados de alto nivel técnico, pues los pacientes están en estado crítico y la idea de la muerte siempre está presente. El enfoque de los cuidados en ellas está centrado en la curación y preservar la vida de los pacientes, lo que hace que no sea el entorno natural para que se dé el proceso final de la vida. Por ello, cuando un paciente muere, los profesionales en muchos casos sienten un alto nivel de insatisfacción, considerándolo un fracaso personal o profesional.

En su actividad laboral que realiza todos los trabajadores de salud y se encuentran laborando en el servicio de UCI, en estos momentos donde convive con pacientes al borde de la muerte, se pone a prueba su integridad y fortaleza como ser humano, este afrontamiento les ayuda a fortalecer estrategias, siendo el propósito la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a las situaciones de estrés; las personas tienen la capacidad de adaptarse y de promover ajustes que ayuden a enfrentar a cualquier adversidad (Fernández, 2015).

Existe el Modelo de adaptación de Callista Roy surgió de su experiencia

personal y profesional como enfermera pediátrica, al notar con qué facilidad los niños se adaptan a las transformaciones ocasionados por la enfermedad; asimismo de sus creencias con relación al ser humano. Sus principios científicos se fundamentan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Asimismo, sus principios filosóficos se encuentran adaptados en el humanismo.

Los componentes de este modelo se presentan a continuación.

En un primer término surge la adaptación, que se entiende como el proceso y a su vez resultado, donde las personas sienten y piensan, escogiendo la integración del ser humano con su entorno. Otro segundo elemento corresponde a la enfermería, que se considera la profesión que se dedica a la atención sanitaria, que su punto central es la salud del individuo, de las familias y de la sociedad en general. Definiendo a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno.

Por tal motivo la enfermera debe primero analizar las conductas y los estímulos que actúan en la adaptación. Donde el objetivo es mejorar el nivel de adaptación de las personas y de toda la comunidad como parte de la adaptación, de esta manera contribuir así a tener una buena salud de calidad, y obtener una muerte con dignidad (Fernández, 2015). Para este modelo de Roy, la persona es el foco principal de la enfermería, que se compone de procesos internos. Asimismo, se tiene que la salud corresponde tanto a un proceso como a un resultado, donde el individuo piensa, siente y usa la conciencia consciente para establecer una integración humana y ambiental.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Fue cuantitativa, de diseño no experimental-descriptivo (Hernández et al, 2009), porque cuantificó el nivel de ansiedad que presenta el equipo de salud que labora en el Hospital Regional Lambayeque. Fue no experimental de corte transversal, porque la variable a medir no fue manipulada ni sujeta a otras variables intervinientes en la investigación (Hernández et al, 2014).

Así mismo la investigación fue transversal porque se desarrolló en un tiempo determinado.



Dónde:

M: Personal de salud

V1: Ansiedad

#### 3.2. Variables y operacionalización

Variable: Ansiedad

Definición conceptual: Estado emocional que se caracteriza por presentar sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede presentar signos como: sudoración, inquietud, tensión, palpitaciones.

Definición operacional: Será medida usando el Inventario de Ansiedad ante la muerte (Death Anxiety Inventory [DAI]).

#### 3.3. Población, muestra y muestreo

La población, lo constituyó 75 profesionales de la salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Lambayeque en Perú; durante el periodo de marzo del 2020 a diciembre del 2020.

Tabla 1: Distribución de profesionales de la salud que laboran en la UCI del Hospital Regional Lambayeque, 2020

Tipo de profesional	n	%
Enfermeras	32	42.67
Médicos	11	14.66
Técnicos de enfermería	32	42.67
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fuente: Oficina de recursos humanos HRL, 2020

Considerando que la población fue pequeña, se decidió que la muestra sea censal, y se seleccionó el 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos. En este sentido (Hernández et al, 2014).) establece la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra.

#### Criterios de inclusión

- Personal de la salud con vínculo laboral
- Personal de la salud que laboran en la UCI del Hospital Regional Lambayeque
- Personal de la salud que trabajan en la UCI más de 3 meses
- Personal de la salud que han firmado el Consentimiento informado
- Personal de salud de nivel profesional y técnico.

#### Criterios de exclusión:

- Personal de salud que no desean participar de la investigación
- Personal de salud con menos de 3 meses de trabajo en la UCI
- Personal de salud que se encuentran con licencia por enfermedad.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Las técnicas, que la investigadora utilizó fueron los citados por Hernández, Fernández y Baptista, (2014):

- Documentales. Para ello se han consultado bases de datos como Scopus, Science Direct donde se encuentran artículos científicos publicados en revistas, las mismas que corresponden a investigaciones realizadas respecto a la variable en cuestión.
- La observación. Fue fundamental y consistió en medir los niveles de ansiedad del equipo de salud de la UCI del Hospital Regional Lambayeque
- Los cuestionarios. Se evaluó un número definido profesionales y técnicos que laboran en la UCI se aplicó una encuesta que respondió a una serie ítem y con esa información se construyeron datos porcentuales, aproximaciones estadísticas y se obtienen conclusiones.

Respecto al instrumento para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Inventory) (Sábado y Gómez-Benito, 2005). Así mismo se aplicó un cuestionario sociodemográfico con el propósito de identificar datos que caractericen a la muestra que se investigó: procedencia, género, edad, estado civil y con quién vive.

El instrumento más importante fue el DAI, referido a un cuestionario conformado de 20 ítems que utilizó las respuestas organizadas mediante formato Likert de cinco puntos. Se organizó entre dos extremos de total desacuerdo, hasta cinco para el total acuerdo; el rango de puntuaciones totales osciló entre 20, para el nivel mínimo de ansiedad ante la muerte, y 100, para el nivel máximo de ansiedad ante la muerte que se produce en la UCI.

Este instrumento fue universalmente validado; dentro de su ficha técnica describe que el DAI cuenta con el coeficiente alfa de consistencia interna de 0,90 y su correlación test-retest a cuatro semanas de 0,94 (Tomás y Limonero, 2004). En el DAI, los factores que se cuentan como significativos son 5: factor 1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte. Factor 2. Significado y aceptación de la muerte. Factor 3. Pensamiento sobre la muerte. Factor 4. Vida después de la muerte. Factor 5. Brevidad de la vida.

La distribución de los ítems por factores es la siguiente (Anexo 03) : Factor 01 (ítems 1, 3, 10, 15 y 19), Factor 02 (ítems 7, 9, 12, 14 y 18), Factor 03 (4, 13, 17 y 20),

Factor 04 (ítems 5, 11 y 16) y Factor 05 (ítems 2, 6 y 8). Dado la ficha técnica y su validez y confiabilidad del instrumento no fue necesario ninguna adaptación a la investigación propuesta.

### **3.5. Procedimiento de recolección de datos**

El proyecto fue aprobado por la Escuela de Posgrado de la UCV. Seguidamente a ello, la Directora de Escuela de EPG-UCV elaboró una carta a fin que se requiera al director del Hospital Regional Lambayeque se autorice la recogida de datos a la investigadora.

Previo a la autorización el Comité de ética del mencionado hospital realizó la revisión respectiva y procedió a la autorización

Luego de contar con la autorización y los permisos respectivos, se realizó la recolección de datos teniendo en cuenta los principios éticos, criterios de inclusión y exclusión.

Considerando la coyuntura generada por la pandemia todo el proceso fue aplicado al participante de manera virtual, en horario fuera de su trabajo

### **3.6. Método de análisis de datos**

Para procesar los datos obtenidos de la investigación se utilizó el software estadístico SPSS versión 22 para el procesamiento estadístico, donde los resultados fueron presentados en tablas y gráficos detallando las frecuencias y porcentajes.

### **3.7. Aspectos éticos**

Se van a considerar los principios éticos del Reporte Belmont citados por Gaudlitz H, Marianne (2008):

- Principio de respeto a las personas: Dado que intervendrán sujetos humanos, el respeto a las personas se cumplirá porque la investigadora garantizará que los participantes entren en la investigación voluntariamente y con la información adecuada.
- Principio de beneficencia: Se cumplirá porque la investigadora explicará a los participantes los beneficios, y los riesgos a los que podrían estar sujetos; así mismo se detallará que el estudio es anónimo.
- Principio de justicia: Cada participante será seleccionado según los criterios establecidos sin discriminación de ninguna manera por ningún tipo a nadie.

## IV. RESULTADOS

Tabla 2: Caracterización del personal de salud labora en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque

Características	Médicos N= 11		Enfermeras N= 32		Técnicos de enfermería N= 32	
	n	(%)	N	(%)	n	(%)
<b>Edad</b>						
22-35	5	45.45	14	43.75	18	56.25
36-46	6	54.55	16	50.00	11	34.38
47 a más	0	0.00	02	6.25	03	9.38
<b>Estado civil</b>						
Soltero	5	45.45	16	50.00	19	59.38
Casado	6	54.55	16	50.00	13	40.63
Viudo(a)	0	0.00	0	0.00	00	0.00
<b>Género</b>						
Femenino	4	36.36	31	96.88	22	68.75
Masculino	7	63.64	01	3.13	10	31.25
<b>Religión</b>						
Católica	09	81.82	27	84.38	29	90.63
Evangélico	02	18.18	04	12.50	03	9.37
Otros	00	0.00	01	3.12	00	0.00
<b>Procedencia</b>						
Costa	10	90.91	30	93.75	27	84.38
Sierra	00	0.00	02	6.25	02	6.25
Selva	01	9.09	00	0.00	03	9.38
<b>Tiempo servicio</b>						
Menor de 1 año	01	9.09	02	6.25	08	25.00
1-5 años	06	54.55	07	21.88	04	12.50
6-10 años	00	0.00	13	40.63	16	50.00
11 años a más	04	36.36	10	31.25	04	12.50
<b>Tiempo laborando en UCI</b>						
3 m- 1 año	02	18.18	10	31.25	17	53.13
2-5 años	05	45.45	01	3.13	05	15.63
6 años a más	04	36.36	21	65.62	10	31.25
<b>Con quien vive</b>						
Madre/padre	02	18.18	07	21.88	07	21.88
Esposa/hijos	06	54.55	18	56.25	16	50.00
Solo(a)	00	0.00	02	6.25	05	15.63
Otros	03	27.27	05	15.62	04	12.50

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado al personal de salud labora en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.

Interpretación: De la muestra de 75 profesionales de la salud que laboran en la UCI del Hospital Regional Lambayeque, el 14.66% fueron médicos, enfermeras y técnico en enfermería ambos con 42.67%. En relación a la edad el 56.25% de los técnicos de enfermería tuvieron una edad entre los 22 a 35 años; mientras el 6.25% de las enfermeras presentaron una edad mayor a 47 años. Respecto al estado civil el 59.38% de técnicos de enfermería son solteros; mientras tanto el 45.45% son de profesión médico y soltero. Referente al género, el 96.88% y 3.13% son enfermeras y enfermeros. En relación a la religión se muestran del total de técnicos de enfermería un índice el 90.63% son católicos, caso contrario 3.12% son enfermeras y pertenecen a otro tipo de religión. En cuanto a la procedencia la mayor cantidad de profesionales médicos, enfermeras y técnicos en enfermería pertenecen a la costa con índices de 90.91%, 93.75 y 84.38% respectivamente. Concerniente al tiempo de servicio, el 54.55% de los médicos presentan un tiempo de trabajo entre 1 a 05 años, lo adverso (9.33%) con experiencia profesional menor a 1 año; las enfermeras y técnico en enfermería con el 40.63% y 50% respectivamente cuentan con un tiempo de servicio de 6 a 10 años. Referido al tiempo laborando en UCI los médicos con el 45.45% han trabajado entre 2 a 5 años, las enfermeras con un índice 65.62% han laboran más de 6 años y los técnicos de enfermería con 53.13% han trabajado entre 3 meses a 1 año. Por último, los médicos, enfermeras y técnico en enfermería, tienen esposa e hijos, con índices de 54.55%, 56.25% y 50.00%.

Tabla 3: Media mayor y menor por ítem del factor significativo de los niveles de ansiedad

<b>Factor</b>	<b>Ítem</b>	<b>Media ± DE</b>
Vida después de la muerte	11	3,97 ± 1,8
Significado y aceptación de la muerte	12	3,12 ± 2,6
Pensamiento sobre la muerte	13	2,99 ± 2,33
Pensamiento sobre la muerte	20	2,44 ± 1,1
Generadores externos de ansiedad ante la muerte	3	1,88 ± 0,83
Significado y aceptación de la muerte	7	1,83 ± 0,82

*Fuente: Cuestionario Inventario de ansiedad ante la muerte aplicado al personal de salud labora en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.*

Interpretación: El factor vida después de la muerte con el ítem 11 es donde se muestra la media más elevada lo que significa la falta de aceptación de la muerte que tiene el personal de salud que labora en el Hospital en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.

Tabla 4: Niveles de ansiedad del personal de salud ante la muerte en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque

Factores	Médico n=11		Enfermera n=32		Técnico de enfermería n=32	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Factor 1</b>						
DAI 1	2.5	1.0	2.7	1.08	1.72	1.03
DAI 3	2.2	1.88	2.3	0.88	1.73	1.17
DAI 10	3.1	1.7	3.3	1.51	2.46	1.2
DAI 15	2.0	1.3	2.52	1.2	2.00	1.0
DAI 19	2.3	1.5	2.4	1.2	1.79	0.9
<b>Factor 2</b>						
DAI 7	1.6	1.4	1.5	0.61	1.23	0.51
DAI 9	2.2	1.7	2.2	0.91	1.5	0.72
DAI 12	2.2	1.1	2.4	1.1	2.1	1.1
DAI 14	3.2	1.5	3.4	1.2	3.0	1.23
DAI 18	2.3	1.22	2.3	1.22	2.2	1.19
<b>Factor 3</b>						
DAI 4	2.7	1.2	2.9	1.3	2.29	1.28
DAI 13	2.5	1.1	2.7	1.10	2.46	0.9
DAI 17	2.1	0.8	2.4	0.9	2.4	1.10
DAI 20	1.7	0.7	1.8	0.8	2.0	1.0
<b>Factor 4</b>						
DAI 5	2.3	0.9	2.8	1.0	2.5	1.3
DAI 11	2.0	1.0	2.5	1.21	2.10	1.2
DAI 16	2.2	1.21	2.7	1.21	2.32	1.4
<b>Factor 5</b>						
DAI 2	1.7	1.0	1.7	1.0	1.30	0.6
DAI 6	1.9	1.2	1.9	0.9	1.02	1.2
DAI 8	2.3	1.5	2.3	1.2	2.6	1.1

*Fuente: Cuestionario Inventario de ansiedad ante la muerte aplicado al personal de salud labora en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.*

Las medias y desviaciones estándar de los ítems de test de DAI de los profesionales de la salud en la UCI. En la mayoría de los casos es más alta la media de las enfermeras de UCI, seguido de médicos y técnicos de enfermería.

## V. DISCUSIÓN

En relación a las características sociodemográficas del equipo de salud que labora en el hospital Regional Lambayeque se encontró que de los 3 grupos: Enfermeras, médicos, personal técnico, las enfermeras presentan nivel de ansiedad más alto, su edad oscila entre 36 a 46 años, son católicas, viven en la costa y han laborado entre 6 a 10 años al servicio de la salud. Estos resultados son semejantes a los datos de la muestra que participo de la investigación realizada por Diaz Tobajas (2017) quien también evidenció que el equipo de profesionales que trabajan en una UCI los niveles de ansiedad refleja más del 40% de las enfermeras de la UCI están sobre los valores normales de ansiedad. El total de la muestra eran mujeres entre 21 y 55 años, con una edad media de 35.8 años. Y la mayoría eran casadas o formando pareja estable. Y llevaban trabajando en la UCI en promedio 7,32 años.

Si bien se evidencia que los niveles de ansiedad en el estudio realizado donde predomina mujeres más que varones; nos lleve a reflexionar que las mujeres cuando se encuentran en edad reproductiva son 2 a 3 veces más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad en relación a los hombres. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, por lo tanto la voluntad para requerir asistencia de salud: una de las limitaciones del estudio fue que no se ha investigado la asociación entre los niveles de ansiedad y características como estado civil tipo de familia, edad o si sienten que la formación profesional que tienen les permite enfrentar mejor la muerte en estados de emergencia como la pandemia que azota al mundo entero.

Respecto a la media mayor y menor, según los ítems del factor más significativo de los niveles de ansiedad de los miembros del equipo de salud a partir de la DAI. Se tiene que uno de los cinco factores, referidos precisamente al factor vida después de la muerte con el ítem 11 revela que tener la media más elevada lo que significa la falta de aceptación de la muerte que tiene el personal de salud que labora en el Hospital en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque, sería uno de los conceptos o preconcepciones más fuertes que estarían presente entre los niveles altos de ansiedad del equipo de profesionales de la salud en la Uci del hospital del

Ministerio de Salud en Perú.

En relación a los niveles de ansiedad del personal de salud ante la muerte en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque; las medias y desviaciones estándar de los ítems de test de DAI de los profesionales de la salud en la UCI. En la mayoría de los casos es más alta la media de las enfermeras de UCI, seguido de médicos y técnicos de enfermería. Estos datos se relacionan con Diaz Tobajas (2017), también mostró que un alto porcentaje de la muestra están en el límite alto de la normalidad.

Al respecto resulta importante comparar estos resultados con los hallazgos de Lozano-Vargas (2020): La tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de  $42,91 \pm 10,89$  puntos. Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente.

La tasa de ansiedad femenina fue mayor que los varones [25,67% (48/187) frente a 11,63% (5/43),  $Z = -2,008$ ,  $P = 0,045$ ] y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres [(43,78  $\pm$  11,12) vs (39,14  $\pm$  9,01),  $t = -2,548$ ,  $P = 0,012$ ]. La tasa de ansiedad de enfermeras fue más que en los médicos [26,88% (43/160) vs. 14,29% (10/70),  $Z = -2,066$ ,  $P = 0,039$ ], los puntajes de ansiedad de enfermeras fueron mayor que en caso de los médicos [(44,84  $\pm$  10,42) vs (38,50  $\pm$  10,72),  $t = -4,207$ ,  $P < 0,001$ ].

La problemática de la ansiedad en el grupo de profesionales de la salud y los resultados encontrados conlleva a que los gestores de salud tengan presente las recomendaciones de la OMS (2020) sobre la salud mental: facilitar que la información sea de buena calidad y real al personal de salud; planificar la combinación de escenarios de alto estrés con otras de menor estrés que sea de modo alternado; distribución de jornadas laborales en equipos, nunca solos; fomentar el descanso dentro de las horas que les corresponde, no sobre exponer a horas extra; implementar horarios flexibles; fomentar el ambiente laboral de compañerismo, trabajo en equipo; ofrecer servicios de salud mental; apoyar a identificar que sentirse estresado es una situación real válida y no releja incapacidad; cuidar la salud física y la salud mental; realizar trabajo intercalado con horas de relajación a fin de disminuir la exposición; asegurar alimentos saludables,

realizar actividad física y mantener contacto con familiares y amistades; evitar usar tabaco, alcohol u otras drogas; aceptar que algunos trabajadores pueden experimentar que su familia o su entorno les evita debido al estigma o al miedo; enseñar el uso de la tecnología como manera de mantener contacto con sus seres queridos; dirigirse a sus compañeros, a su jefe u otras personas de confianza para encontrar apoyo: sus compañeros pueden estar teniendo experiencias similares a las suyas.

Como es evidente en la tabla 4, la ansiedad afecta a los tres grupos profesionales que fueron parte de la muestra de investigación, para quienes les resulta más difícil de entender que la muerte de los pacientes en estos últimos tiempos en la UCI sea un conflicto frente al cual no estaban preparados en la magnitud que ahora se presentan en unidades de cuidados intensivos, pues siempre pese a cualquier adversidad se tiene como objetivo conservar la salud y la vida. El aumento de la tasa de mortalidad producto de COVID-19 (Echevearria, 2020) pueden ser la explicación de por qué los profesionales de la UCI representan niveles altos de ansiedad.

Desde la investigación realizada en el hospital Regional Lambayeque, los profesionales de salud: médicos, técnicos de enfermería y enfermeras se encuentran con niveles de ansiedad altos, ante la muerte que es parte del día a día en una situación tan adversa como la pandemia; donde la formación que han recibió tanto médicos como enfermeras en las especialidades que les permiten laborar en estas áreas críticas, no ha bloqueado a los factores que les generan ansiedad, sin embargo tal vez se conduzca que contar con una familia sólida, estable, los años de experiencia en el servicio de UCI pueden estar favoreciendo el manejo de la ansiedad que nos los conduzca a medicación u hospitalizaciones.

Sin embargo, es importante que se considere las propias limitaciones del equipo multidisciplinario que labora en la UCI, así como las capacidades, y de la necesidad de soporte emocional pues de no hacerlo se tendrían serias implicancias en el entorno personal, familiar y laboral.

Una de las características evaluadas en el equipo de salud de la UCI del Hospital Regional Lambayeque fue referido a conocer con quienes vive siendo esto una manera de conocer los soportes, siendo el caso que más de la mitad vice con

sus cónyuges e hijos.

Sin embargo, resulta ser un tema para estudiar más a fondo, dado que los efectos o implicancias familiares que afectan a cada persona pueden también estar relacionadas con otras muchas causas, no sólo con quienes vive.

A partir de estos resultados se considera importante el platero estudios sobre la relación entre los niveles de ansiedad y la formación. De otro lado es oportuno plantear la creación de líneas de investigación sobre las actitudes ante la muerte para ahondar en el conocimiento de factores que la hacen frente, y sus implicancias.

Dentro de las implicancias que trae los resultados de la investigación generaría un impacto psicológico negativo en el personal de salud y en la población más vulnerable, desencadenando estrés, temor, confusión, ira, frustración, preocupación, aburrimiento, soledad, estigma, ansiedad, desesperanza, culpa, depresión y suicidio (Brooks, 2020).

En tal sentido, se concluye que la conformación de equipos de salud mental para intervenir en periodos de crisis, usar plataformas digitales, comunicación virtual, y el uso de instrumentos rápidos para la detección de problemas de salud mental, serían útiles para los desafíos que le depara a la salud pública en nuestro país.

## VI. CONCLUSIONES

- Las caracterizaciones de los profesionales de la salud en su mayoría son enfermeros y técnicos en enfermería y en menor proporción son médicos, respecto a los técnicos de enfermería generalmente tienen entre los 22 a 35 años, son solteros, femeninas y presentan tiempo de servicio mayor de 11 años. Las enfermeras normalmente su edad oscila entre 36 a 46 años, son católicas, viven en la costa y han laborado entre 6 a 10 años. Los médicos comúnmente presentan edades entre 36 a 46 años, son casados, masculino, presentan entre 1 a 5 años de servicio laboral y tienen esposa e hijos.
- El factor vida después de la muerte con el ítem 11 es donde se muestra la media más elevada lo que significa la falta de aceptación de la muerte que tiene el personal de salud que labora en el Hospital en la UCI del Hospital Regional de Lambayeque.
- Las medias y desviaciones estándar de los ítems de test de DAI de los profesionales de la salud en la UCI. En la mayoría de los casos es más alta la media de las enfermeras de UCI, seguido de médicos y técnicos de enfermería. Lo que significa que es el nivel de ansiedad en que los grupos profesionales se encuentran expuestos

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Las Direcciones generales de salud de las instituciones de salud deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras, dado que es el grupo profesional que presenta mayor ansiedad.
- El Ministerio de Salud como ente rector de salud, debe plantear políticas para desarrollar equipos de intervención psicológica que brinden asesoramiento en el manejo de ansiedad y también del estrés en el personal de salud.
- Los Colegios profesionales pueden incluir en sus planes de trabajo la planificación estratégica nacional para ofrecer una intervención psicológica a través de la atención por telemedicina.
- El Colegio profesional de Psicología en alianza con el MINSA debe organizar un sistema de prevención integral con monitoreo epidemiológico, intervención dirigida a equipos de salud de hospitales denominados COVID para su derivación y reducir el estrés psicológico y prevenir los problemas de salud mental en el equipo de salud.

## REFERENCIAS

- Allúe M. (2019). La antropología de la muerte. Rol de Enfermería.
- Alonso L. (2014). Ansiedad del personal de enfermería en relación a la muerte de sus pacientes. Comparativa uci y oncología [trabajo de grado]. [Leioa]: Universidad del País Vasco.
- Arrogate O, Aparicio E. (abril-junio 2020). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. Recuperado <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-profesionales-cuidados-intensivos-S113023991930046X>
- Bauman Z. (2015). Modernidad líquida. Argentina: Fondo de cultura económica.
- Beck, A. Emery, G. y Greenberg, R. (2014) Trastorno de Ansiedad y Fobias – Una perspectiva cognitiva. Bilbao, España: Descleé De Brouwer, S.A.
- Benbunan B, Cruz F, Roa J, Villaverde C, Benbunan R. (2017). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology.*; 7(1): 197-205.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912–920.
- Brunet R. (2015). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral). Recuperado: <https://www.tdx.cat/handle/10803/4753#page=1>
- Coronado L. (2015). Factores laborales y niveles estrés laboral en enfermeros de los servicios de áreas críticas y medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. (Tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería). Recuperada de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1011>
- Díaz M., Juarros N., García B y Sáenz C. (01 de enero 2017). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. Recuperado <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>

- Díaz I., Pacheco R. (2015). Estrés laboral y su relación con el desempeño profesional en el personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Pisco Abril - Julio 2015. (Tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería). UNSLG, Ica, Perú. 2016.
- Díaz Tobajas (2017). Enfermería global. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte,
- Echeverría, R. Rainer, & Sueyoshi, J. Harumi. (2020). Situación epidemiológica del covid-19 en sudamerica.. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 525-527. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2945>
- Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. (Julio-Setiembre 2015). ICU nurses experiences in providing terminal care. *Crit Care Nurs*. Recuperado en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20551742>
- Fernández C. (2015). Afrontar la muerte en Ciencias de la salud. Almería: Universidad de Almería.
- Fernández P. (2015). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva*. 22(3): 96-103.
- Gaudlitz H, Marianne. (2008). Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 24(2),138-142. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482008000200008>
- Galiana L, Oliver A, Sansó N, Pades A y Benito E. (Julio-Setiembre 2017). Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. Recuperado: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-validacion-confirmatoria-escala-afrontamiento-muerte-S1134248X15000476>
- García, S, Araujo E, García V y García M. (2014). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *UaemexMx* [Internet]. Disponible en: <http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5 SENTIMIENTOS.pdf>

- González E (2014). Aspectos culturales y religiosos acerca de la muerte a través de la historia: el tabú de la muerte. [citado 9 Sep 2014]. Disponible en:  
[http://www.huellasdigitales.cl/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2155&Itemid=1](http://www.huellasdigitales.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=2155&Itemid=1)
- González G, (Julio, 2018). Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Enfermería Intensiva*. 19(3): 113-122 Recuperado <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estrategias-culturales-el-afrontamiento-muerte-S1130239908727536>
- Hernández F. (2016). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*. 7(8): 2-7.
- Hernández S, Carrillo A, Augusto A, Marroquín K, Olivera E y Gómez M. (6 junio 2020). Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. Recuperado de: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239920300298?dgcid=rss\\_sd\\_all](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239920300298?dgcid=rss_sd_all)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- H. Herrero Sanz, S. Caserío Carbonero, M.A. Morante Santana, M.A. Montero Martín, J. De La Cruz Bértolo, C.R. Pallás Alonso, Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal, *Anales de Pediatría*,
- Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(0):E001. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
- Jeff V. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327-34.2020. Recuperado:

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

Lega, L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.

Lozano-Vargas (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020; 83(1):51-56

Maza M, Zavaleta M, Merino J. (abril 2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de paciente. *Revista Ciencia y Enfermería.* 2008; XV (1): 39-48.

Ministerio de Sanidad. (2020). Actualización nº 13. Neumonía por nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China). Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_13\\_2019-nCoV\\_China.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_13_2019-nCoV_China.pdf) 15/04/2020 [ Links ]

Montoya J. (2016). Las artes del bien morir. Cartagena: Agora USB.

OMS. (2019). (COVID-19) Situation Report 158. Geneve: World Health Organization; Recuperado: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200626-covid-19-sitrep-158.pdf?sfvrsn=1d1aae8a\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200626-covid-19-sitrep-158.pdf?sfvrsn=1d1aae8a_2).

OMS. (2020). (COVID-19) Estimacion de la mortalidad del COVID-19. Geneve: World Health Organization; Recuperado: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333857/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mortality-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333857/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mortality-2020.1-spa.pdf)

Palomo J, Ramos V, Cruz E, López A. (2015). Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). Cuadernos de Medicina Forense.

Pascual C. (01 de enero 2015). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/521>

Sábado JT, Gómez-Benito J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAY). *Eur J Psychol Assess.* 2005; 21:108—14.

Santisteban I, Mier O. (2016). Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una Unidad de Cuidados Paliativos. *Med Pal.*

Stein, D.J. y Hollander, E. (2010) *Tratado de los Trastornos de Ansiedad.* Barcelona, España: Lexus

Yagüe A, García M. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales [citado 9 Sep. 2015]. Disponible en: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>.

**ANEXOS**  
**ANEXO N°01**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se le invita a participar de manera voluntaria en esta investigación que tiene como objetivo medir el nivel de ansiedad del personal de salud ante la muerte en UCI, del el Hospital Regional de Lambayeque. Se precisa que no existe beneficio económico si acepta colaborar con el estudio, los datos que se obtengan de Ud. serán en forma anónima y se respetará la confidencialidad. Los datos obtenidos del presente estudio solo serán utilizados por la investigadora con fines de investigación. Ud. puede retirarse de la investigación en cualquier momento.

Responsabilidades del Participante

- Proporcionar información en un cuestionario acerca de ansiedad ante la muerte.

Considerando que la recolección de datos será virtual, se usará el cuestionario en google y se aprecia en el siguiente link <https://forms.gle/Zx6AbyYHMd9gXW9u5>

ANEXO N°02 Matriz de Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Ansiedad	Estado emocional que se caracteriza por presentar sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones	Será medida usando el Inventario de Ansiedad ante la muerte (Death Anxiety Inventory [DAI]) la misma que se encuentra validada internacionalmente	Generadores externos de ansiedad ante la muerte	ítem 1 ítem 3 ítem 10 ítem 15 ítem 19	Numérica	el Inventario de Ansiedad ante la muerte (DAI)
			Significado y aceptación de la muerte	ítems 7 ítem 9 ítem 12 ítem 14 ítem 18	Numérica	
			Pensamiento sobre la muerte	ítem 4 ítem 13 ítem 17 ítem 20	Numérica	
			Vida después de la muerte	ítems 5 ítem 11 ítem 16	Numérica	
			Brevedad de la vida	ítems 2 ítem 6 ítem 8	Numérica	



## ANEXO N°04

### Inventario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Inventory)

**DAI Instrucciones:**

A continuación, se le presentará preguntas, donde usted tendrá que marcar con un aspa (X) la alternativa que corresponde.

- (1) Total desacuerdo                      (2) desacuerdo            (3) medianamente acuerdo  
 (4) acuerdo                                      (5) total acuerdo

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

**ANEXO 05**  
**CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO**  
**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,90	20



## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

N°003-2021

El Comité de Ética en Investigación, luego de haber revisado de manera expedita el proyecto de investigación: "ANSIEDAD DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA MUERTE EN UCI DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE", otorga la presente constancia al autor:

YÉSSICA LILIANA ACOSTA FARFÁN (Personal del HRL)

Y se resuelve:

1. Aprobar la ejecución del mencionado proyecto.
2. Se extiende esta constancia para que el proyecto pueda ser ejecutado en: Área de UCI, bajo la modalidad de: Encuestas virtuales
3. El investigador se compromete a usar la data colectada durante el presente estudio sólo para la realización de este, guardar la confidencialidad que amerita y presentar su informe final a Dirección de Investigación.
4. El investigador deberá presentar el informe final de su investigación.
5. La presente constancia es válida hasta el mes de Marzo 2021

Chiclayo, de 12 Enero del 2021.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE  
M.D. EMERSON ARRAGA DEZ  
P.E. LICENCIADO EN INVESTIGACIÓN EN SALUD  
C.I. 10000000000000000000

Código\_Inv: 0211-001-21CEI  
Doc de Identidad: 3742644-I



**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, ACOSTA FARFAN YESSICA LILIANA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "ANSIEDAD DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA MUERTE EN UCI DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ACOSTA FARFAN YESSICA LILIANA <b>DNI:</b> 40403531 <b>ORCID</b> 0000-0003-0581-150X	Firmado digitalmente por: YACOSTAF el 02-02-2021 16:12:24

Código documento Trilce: INV - 0035564