



**Universidad
Europea** MADRID

Final de Vida en el Adulto Mayor: Actitudes hacia la Muerte y Burnout en Profesionales Sanitarios

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Marta Llorente Asenjo

Tutor/a: Dra. María Cantero García

23 de junio de 2022

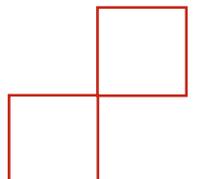
Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En España, durante los últimos años, los fallecimientos en personas de 65 años o más han supuesto en torno al 86% del total de decesos. Alrededor del 70% ocurren en centros hospitalarios y residencias socio-sanitarias, siendo los profesionales sanitarios los encargados de atender a estas personas en el final de sus vidas. Por ello, los objetivos del presente estudio son evaluar las actitudes hacia la muerte, el nivel de burnout y la relación existente entre ambos en estos profesionales. Para ello, se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal, en el que los 42 participantes de la muestra completaron un cuestionario online que incluía ítems relativos a variables sociodemográficas, el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R) y el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI- HSS). La actitud hacia la muerte predominante en la muestra es la actitud de Aceptación Neutral y en cuanto al Síndrome de Burnout, se encuentran niveles promedio moderados en las dimensiones de Agotamiento emocional y Realización personal, pero un nivel bajo de Despersonalización. Los sanitarios que poseen en mayor medida actitudes de Miedo a la muerte o Aceptación de escape, tienden a experimentar mayores niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización, al igual que los que tengan una actitud de Evitación de la muerte, que adicionalmente, poseerán una menor Realización Personal. La actitud de Aceptación neutral correlaciona positivamente con la Realización personal experimentada mientras que la actitud de Aceptación de acercamiento lo hace con los niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización.

Palabras clave: final de vida, adulto mayor, muerte, actitudes hacia la muerte, Síndrome de Burnout, profesionales sanitarios.

Abstract

In Spain, in recent years, deaths in people aged 65 years and over have accounted for around 86% of all deaths. About 70% of these deaths occur in hospitals and nursing homes, and health professionals are responsible for caring for these people at the end of their lives. Therefore, the objectives of the present study were to evaluate the attitudes towards death, the level of burnout and the relationship between the two in these professionals. To this purpose, a correlational and cross-sectional study was carried out, in which the 42 participants in the sample completed an online questionnaire that included items related to sociodemographic variables, the Revised Profile of Attitudes towards Death (DAP-R) and the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI- HSS). The predominant attitude towards death in the sample is the attitude of Neutral Acceptance and as regards Burnout Syndrome, moderate average levels are found in the dimensions of Emotional Exhaustion and Personal Accomplishment, but a low level of Depersonalization. Healthcare workers with higher Fear of Death or Escape Acceptance attitudes tend to experience higher levels of Emotional Exhaustion and Depersonalization, as do those with a Death Avoidance attitude, who additionally have lower Personal Fulfillment. The Neutral Acceptance attitude correlates with experienced Personal Fulfillment while the Approach Acceptance attitude correlates with levels of Emotional Exhaustion and Depersonalization.

Keywords: end-of-life, elderly, death, attitudes towards death, Burnout Syndrome, health care professionals



Índice

1.	Introducción.....	6
1.1.	Envejecimiento poblacional y fallecimientos de personas mayores en España.....	6
1.2.	Conceptualización y perspectiva actual de la muerte	8
1.3.	Actitudes hacia la muerte	10
1.4.	Burnout y actitudes hacia la muerte en profesionales sanitarios	13
2.	Objetivos e hipótesis.....	15
2.1.	Objetivos del estudio	15
2.2.	Hipótesis.....	16
3.	Método	17
3.1.	Diseño	17
3.2.	Muestra.....	17
3.3.	Instrumentos.....	20
3.4.	Procedimiento.....	22
3.5.	Análisis estadísticos	23
4.	Resultados.....	24
5.	Discusión	30
6.	Referencias.....	38



7.	Anexos.....	43
7.1.	Anexo 1	43



Índice de Tablas

Tabla 1 Número total de defunciones, número de defunciones en personas de 65 años o más y proporción de estas en función del año	7
Tabla 2 Defunciones por lugar de ocurrencia en personas de 65 años o más	8
Tabla 3 Datos formativos y laborales (N=42).....	18
Tabla 4 Valoración de las puntuaciones de las dimensiones del burnout según el Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI- HSS)	22
Tabla 5 Estadísticos descriptivos de Actitudes hacia la Muerte según el PAM-R (N=42).....	25
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout según el MBI- HSS (N=42)	26
Tabla 7 Porcentaje de profesionales sanitarios que se sitúan en los niveles bajo, medio y alto en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, MBI- HSS (N=42).....	26
Tabla 8 Resultados de las Pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk para las 5 dimensiones/actitudes hacia la muerte según el PAM-R y las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout según el MBI-HSS	27
Tabla 9 Coeficiente de correlación de Spearman entre las 5 dimensiones/actitudes hacia la muerte según el PAM-R y las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout según el MBI-HSS	28
Tabla 10 Resultados de la comparación de grupos mediante valor del estadístico U de Mann-Whitney en todas las variables a estudio	29

1. Introducción

1.1. Envejecimiento poblacional y fallecimientos de personas mayores en España

La pirámide demográfica de nuestro país prosigue con su proceso de envejecimiento, ya observado durante los últimos años, reflejado en el incremento de la proporción de personas mayores (aquellas de 65 o más años)(Pérez et al., 2020). Según el Avance del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE), a día 1 de enero de 2022, la población de España ascendía a 47.435.597 habitantes. De esta cifra, 9.475.866 personas (un 20% respecto al total) correspondían a la franja de edad de 65 años o más (INE, 2022). Dicha proporción ha ido aumentando con los años; así por ejemplo, hace 20 años, en el año 2002, era del 17,1 % (7.169.437 personas mayores de 65 años en una población total de 41.837.894 habitantes). Según la proyección del INE (2018-2068), en el año 2068 la cifra de personas mayores podría llegar a los 14 millones, un 29,4% del total poblacional de 48.531.614 habitantes.

En líneas generales, la población española sigue una tendencia hacia el retraso de la mortalidad (la esperanza de vida continua aumentando, especialmente en edades avanzadas), y se fallece cada vez más tarde, acercándose al límite de la vida, “por lo que se empieza producir una cierta homogeneización del proceso de muerte” (Pérez et al., 2020). Sin embargo, la eclosión del virus SARS-COV-2 (causante de la COVID-19) en nuestro país a partir de marzo del año 2020, produjo un notable impacto en los fallecimientos de los adultos mayores de 65 años.

Tabla 1

Número total de defunciones, número de defunciones en personas de 65 años o más y proporción de estas en función del año de ocurrencia

Año	Número de Total de Defunciones	Número de Defunciones en Personas ≥ 65 Años	Proporción (%)
2016	410.611	351.664	85,64
2017	424.523	365.527	86,10
2018	427.721	368.002	86,04
2019	418.703	359.736	85,93
2020	493.776	429.596	87,00

Así, tal y como se refleja en la tabla 1, en los 5 años anteriores a la pandemia por COVID-19, las cifras de fallecimientos en personas de 65 años o más representaban en torno al 86% del total de defunciones acaecidas al año en España. En el año 2020, las muertes en este sector poblacional ascendieron a 429.596, suponiendo un aumento relativo de 69.860 personas respecto al 2019.

Por otro lado, durante los últimos años se ha ido produciendo un desplazamiento del lugar de fallecimiento desde los domicilios al medio hospitalario. Tanto a nivel internacional como a nivel nacional, se ha encontrado que si bien el deseo mayoritario entre las personas mayores es morir en casa, la realidad es que más de la mitad (el 52% en el estudio de Ramón et al., (2006)) lo hace en hospitales. Esta medicalización de la muerte se ha visto aún más incrementada durante los dos últimos años, pues el COVID-19 ha transformado la muerte en varios aspectos: en términos de cantidad, con un gran número

de personas muriendo cada día, y por otra parte, con el obligado distanciamiento social que el virus imponía y que no ha permitido a los familiares y allegados estar presentes durante el fallecimiento de sus seres querido (Nyatanga, 2021) . Por ello, ha sido el personal sanitario el encargado de sostener esta experiencia. Este hecho adquiere aún más relevancia si nos centramos en la población mayor, en la que los fallecimientos han sido más numerosos y, en gran medida, en contextos hospitalarios o residenciales.

Tabla 2

Defunciones en función del lugar de ocurrencia en personas de 65 años o más

Año	Centro hospitalario (%)	Residencia socio-sanitaria (%)	Domicilio Particular (%)	Otro lugar/no consta (%)
2016	186.038 (52,90)	52.142 (14,83)	95.606 (27,19)	17.878 (5,08)
2017	193.322 (52,89)	56.265 (15,40)	88.350 (24,17)	16.785 (4,59)
2018	197.458 (53,66)	56.724 (15,41)	95.751 (26,02)	18.064 (4,90)
2019	196.564 (54,64)	53.087 (14,76)	91.151 (25,34)	18.934 (5,26)
2020	229.355 (53,39)	71.609 (16,67)	115.138 (26,80)	13.494 (3,14)

Como puede observarse en la tabla 2, los fallecimientos totales en centros hospitalarios y residencias socio-sanitarias (en torno al 68-70% del total) hace que el personal sanitario de ambos tipos de centros sean los encargados de afrontar y enfrentar la muerte de las personas mayores.

1.2. Conceptualización y perspectiva actual de la muerte

La muerte es un acontecimiento tan inherente a la propia vida como lo es el nacimiento y al igual que este es el innegable principio de toda existencia humana, morir es la consecuencia inevitable, más

pronta o tardía, de ella. Para el ser humano, la certeza de que en algún momento morirá supone una de las mayores amenazas a su propia existencia (Ay y Öz, 2019). Para Hernández-Cabrera et al. (2002), “la muerte es un proceso biológico y psicosocial, en el que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa generalmente a la simple observación” (Pascual, 2011). Para Bermejo et al., (2018), la muerte constituye un proceso universal, sin embargo, pone el énfasis en la ocultación, negación y el rechazo hacia la muerte que la sociedad actual exige y en cómo no se enseña a afrontarla. La muerte no es exclusivamente un acontecimiento biológico, sino un proceso construido social y culturalmente (Sandoval et al., 2020).

Vidal-Roig (2017) afirma que la mirada que la sociedad occidental mantiene sobre el proceso de morir puede ser conceptualizada a partir de cuatro características básicas:

1. La incapacidad de aceptar la finitud de la vida: fallecer se caracteriza por ser un proceso, no un estado, excepto cuando se trata de muerte súbita por enfermedad aguda o muerte traumática. Todas las personas tienen la conciencia de que van a morir, pero no piensan activamente en su propia muerte; en cómo, dónde y acompañados de quién querrían morir. Se da el caso de que muchas personas preferirían una muerte repentina para no tener que enfrentarse a su propio proceso de morir.

2. El cambio de escenario: la medicalización de la muerte. Actualmente, en torno al 70% de los fallecimientos se producen en medios hospitalarios, constituyendo muertes en buena medida medicalizadas, asistidas con fármacos que disminuyen la consciencia para que el paciente viva de manera más atenuada el proceso de morir.

3. Cantidad y calidad de vida: los logros y adelantos técnicos y sanitarios han hecho que aumente la esperanza de vida, retrasándose la edad de fallecimiento, pero en muchas ocasiones este hecho no se traduce en una mejor calidad de vida en los últimos años vividos por la persona.

4. El derecho a la autonomía de las personas: la autonomía de todo ser humano es un principio bioético fundamental. El propio paciente debe tener acceso a toda la información concerniente a su estado de salud y de igual forma, también a aquella que tenga que ver con el final de su vida.

La negación social de la muerte también se observa en el ámbito médico: la medicina y los avances tecnológicos conseguidos tienen como objetivo primordial curar o suprimir la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, bajo la premisa fundamental de que esta es teóricamente evitable, y que cuando acontece se interpreta como un fracaso médico (Maza-Cabrera et al., 2009).

1.3. Actitudes hacia la muerte

Una actitud es una disposición psicológica que se configura en el transcurso vital y que influye en la respuesta que una persona emite hacia algo en particular (el objeto de la actitud). Las actitudes se caracteriza por presentar, desde un punto de vista estructural, un componente afectivo, un componente cognitivo y un componente conductual (Martínez-Heredia, 2021). Por tanto, las actitudes están compuestas por un conjunto de ideas, creencias y emociones concretas, las cuales forman una totalidad que se conecta a una acción que se produce hacia el objeto de la actitud, como puede ser la muerte (Braun et al., 2010).

Las actitudes hacia la muerte hacen referencia al sentimiento que un individuo presenta hacia el concepto general de muerte, tanto de la suya propia como del fallecimiento de otras personas (Wong et

al., 1994, citado Barnett et al., 2021) y que está influenciado por los sistemas de creencias personales, religiosas, culturales, sociales y filosóficas (Braun et al., 2010).

Uno de los logros más prometedores en los trabajos llevados a cabo para investigar las actitudes ante la muerte se construyó tomando como base la teoría del significado personal (Reker y Wong, 1988; Wong, 1989, citado en Esnaashari y Kargar, 2018). Cuando se toma esta teoría como modelo de percepción de las actitudes hacia la muerte, el resultado obtenido se basa en las creencias existenciales y se adopta una visión multidimensional de las actitudes. Además, el Perfil de Actitudes ante la Muerte Revisado (DAP-R), que es una escala psicométricamente válida, se diseñó basándose en este modelo. La investigación de Wong, Reker y Gesser (1994) sobre la actitud ante la muerte se basó en el enfoque ontológico de Frankl (1965), “que dice que los individuos son estimulados a buscar y encontrar un significado personal, y que aquellos que han logrado una percepción de su vida como ser humano también han aceptado la muerte en cierta medida”. Una premisa básica que se deriva de este enfoque es que la imposibilidad de una persona para encontrar un sentido personal a la vida y a la muerte da lugar al miedo a la muerte (Wong et al., 1994, citado en Esnaashari y Kargar, 2018).

Según este modelo, existirían 5 actitudes hacia la muerte: dos de ellas -el Miedo a la muerte y la Evitación de la muerte- hacen referencia a disposiciones negativas, recelosas y evasivas hacia el fallecimiento. El Miedo a la muerte implica pensamientos y sentimientos de temor ante la muerte y el proceso de morir, mientras que la Evitación implica intentos de alejar de la mente los pensamientos sobre la muerte así como de eludir conversaciones sobre la misma. Por el contrario, tres actitudes ante la muerte -Aceptación neutral, Aceptación de aproximación y Aceptación de escape- representan diferentes

formas de aceptar el final de la vida (Esnaashari y Kargar, 2018). La Aceptación neutral conlleva percibir la muerte como una parte natural de la vida y no darle la bienvenida ni vivir su llegada con temor. La Aceptación de aproximación implica concebir la muerte como la puerta de entrada a una vida plena después de morir, que posibilita el reencontrarse con los seres queridos ya fallecidos. La Aceptación de escape conlleva percibir la muerte como la manera de dejar atrás el dolor y el sufrimiento que acontece en la vida. Se ha constatado que la aceptación de la muerte reduce la ansiedad de las personas hacia la idea de la muerte (Wong et al., 1994; Wong y Tomer, 2011, citado en Barnett et al., 2020).

Las personas, a lo largo de su vida, coexisten en mayor o menor medida con el miedo a la muerte, pero los profesionales sanitarios están constantemente en contacto con ella. Esto puede influir positiva o negativamente en la actitud del personal sanitario (Fernández et al., 2017). En un estudio ya clásico sobre este tema, Braun et al. (2010) encontraron que aquellas enfermeras que puntuaron alto en Miedo a la muerte y Evitación de la misma tenían actitudes menos positivas hacia el cuidado de los pacientes que iban a morir.

En cuanto a los principales factores que influyen en las actitudes hacia la muerte de los trabajadores sanitarios (especialmente en enfermera/os, pues es la población en la que se centra gran parte de la investigación en este asunto) son la edad, el estado civil, los años de experiencia laboral, la frecuencia con la que se enfrentan a la muerte de los pacientes en su práctica diaria o el haber recibido formación previa sobre la muerte y el proceso de morir. Duran y Polat (2022) encontraron que entre las enfermeras más jóvenes fue mayor la actitud de Aceptación de acercamiento mientras que la Aceptación de escape fue más alta entre los solteros. Entre las enfermeras que habían recibido algún tipo de

formación sobre la muerte, la actitud predominante fue la Aceptación neutral. Sin embargo, en el estudio de Guo y Zheng (2019), las enfermeras más jóvenes del estudio informaron de una menor Aceptación de acercamiento y de escape en comparación con las de mayor edad y aquellas que llevaban trabajando más de 10 años fue mayor la Aceptación de escape.

1.4. Burnout y actitudes hacia la muerte en profesionales sanitarios

El burnout es un estado de extenuación física, emocional y mental causado por el agotamiento de la capacidad de hacer frente al propio entorno, especialmente al entorno laboral (Maslach, 1982, citado en Guo y Zheng, 2019). El concepto de burnout fue inicialmente propuesto por Freudenberger en 1974 para definir el estado de agotamiento físico y mental que aparecía entre los voluntarios de una clínica de desintoxicación (Acinas, 2012). Posteriormente, Maslach desarrolló el constructo para ser caracterizado por tres dominios independientes: Agotamiento emocional, definido como el descenso de recursos emocionales para afrontar el trabajo, Despersonalización o desarrollo de actitudes y sentimientos negativos y cinismo hacia los destinatarios de su trabajo y disminución del sentido de Realización personal o tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional (Acinas, 2012; Gama et al., 2014; Woo et al., 2020).

El burnout constituye uno de los polos del continuo que reflejaría la relación que las personas desarrollan con su trabajo, y que contrasta con el extremo opuesto, el del compromiso, en el que las personas se encuentran con energía, implicación en el trabajo y sentimientos de eficacia (Maslach y Leiter, 1997, citado en Leiter y Maslach, 2009). En mayo del año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó el burnout como un "fenómeno laboral" en la Clasificación Internacional de

Enfermedades 11ª edición (CIE-11), afirmando que “el burnout es un síndrome resultante del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado” (OMS, 2019; citado en Woo et al., 2020)

Los profesionales sanitarios se enfrentan frecuentemente a situaciones que originan fluctuaciones emocionales e incrementan el estrés. Entre ellas, algunas de las más intensas son el contacto con el miedo, la enfermedad y muerte de un paciente y con los familiares del mismo (Rentoul et al., 1995, citado en Gama et al, 2014).

Diversos estudios de investigación se han llevado a cabo para estudiar la relación existente entre el burnout y las actitudes hacia la muerte (Gama et al, 2014; Guo y Zheng, 2019; Malliarou et al., 2015; Zheng et al., 2022). En 2014, Gama et al., en un estudio con 360 enfermeras portuguesas de departamentos médicos cuyos profesionales atendían con frecuencia a pacientes terminales (hematología, oncología, cuidados paliativos), encontraron que el Agotamiento emocional y la Despersonalización surgían en mayor medida entre aquellas enfermeras que presentaban actitudes de miedo a la muerte y evitación de la misma, con resultados estadísticamente significativos. En concordancia con estos resultados, en otra investigación llevada a cabo en Grecia por Malliarou et al. (2015), se observó que las actitudes, tanto de Miedo y como de Evitación de la muerte, correlacionaban de forma estadísticamente significativa con las subescalas de Despersonalización y de Agotamiento emocional del burnout entre enfermeras al cuidado de pacientes al final de su vida.

Por último, dos estudios más recientes, ambos llevados a cabo en China han estudiado la relación existente entre el burnout y las actitudes hacia la muerte en enfermeras oncológicas. Guo y Zheng (2019) observaron que aquellas enfermeras que tenían más actitudes de temor hacia la muerte y

experimentaban la muerte como una salida del sufrimiento tendían a sufrir mayor Agotamiento emocional, Despersonalización y menor Realización personal. Por otra parte, las enfermeras que veían la muerte como una etapa natural de la vida (Aceptación neutral) eran más proclives a experimentar más Realización personal y menos Despersonalización. En el estudio de Zheng et al. (2022), las enfermeras con actitudes de Miedo a la muerte, Evitación y con una visión de la muerte como un escape del sufrimiento experimentaban más Agotamiento emocional y Despersonalización, pero menos Realización personal.

Tras todo lo expuesto en la introducción, en el presente estudio se pretende analizar cuáles son las actitudes hacia la muerte, la prevalencia del Síndrome de Burnout y la relación entre ambas variables en la totalidad de los miembros que forman parte de los equipos médicos que prestan cuidados a las personas mayores que van a morir. Por tanto, la población diana del trabajo no solo estará formada por enfermeras/os sino que también incorporará a técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, médico/as y psicólogo/as.

2. Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos del estudio

- **Objetivo principal**
 1. Explorar la posible relación existente entre las actitudes hacia la muerte y el burnout en el personal sanitario que se enfrenta al final de vida del paciente mayor.
- **Objetivos secundarios**
 2. Investigar cuáles son las actitudes hacia la muerte predominantes entre los citados trabajadores de la salud.

3. Cuantificar el nivel de burnout entre el personal sanitario que se enfrenta al final de vida del paciente mayor.
4. Estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeros/as y el resto de profesionales de la salud (técnicos/as de cuidados auxiliares de enfermería, médicos/as y psicólogos/as, agrupados en una única categoría) tanto en las 5 subescalas del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) como en las 3 subescalas del Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI- HSS).

2.2. Hipótesis

Hipótesis 1. Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la actitud de Miedo a la muerte con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización, y negativa con la dimensión Realización personal.

Hipótesis 2. Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la actitud de Evitación de la muerte con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización, y negativa con la dimensión Realización personal.

Hipótesis 3. La actitud de Aceptación de escape correlaciona de manera positiva y estadísticamente significativa con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización pero negativa con la dimensión Realización personal.

Hipótesis 4. Se da una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la actitud de Aceptación neutral de la muerte y la subescala de Realización personal pero negativa con la subescala de Despersonalización.

Hipótesis 5. Existen diferencias estadísticamente significativas en alguna y/o las 5 actitudes medidas por el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) entre el grupo de enfermeros/as y el resto de profesionales de la salud (técnicos/as de cuidados auxiliares de enfermería, médicos/as y psicólogos/as, agrupados en una única categoría).

Hipótesis 6. Existen diferencias estadísticamente significativas en alguna y/o las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout según el Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI- HSS) entre el grupo de enfermeros/as y el grupo formado por el resto de profesionales sanitarios.

3. Método

3.1. Diseño

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó un diseño cuantitativo, correlacional y transversal. La recogida de datos se realizó en un único momento temporal (de noviembre del año 2021 a abril de 2022) a través de la utilización de instrumentos psicométricos estandarizados y validados para la población diana del estudio.

3.2. Muestra

El número total de trabajadores de la salud que respondieron al cuestionario de investigación fueron 44, sin embargo, 2 de ellos manifestaron no poder finalizarlo, con lo que la muestra total fue de 42 participantes. En cuanto al sexo, 33 de ellos fueron mujeres (78,6%) y 9 hombres (21,4%).

La edad media de la muestra fue de 39,62 años con una desviación estándar de 11,57. La edad mínima de los participantes fue de 24 y la máxima de 60. En lo referente a la nacionalidad, el 100% de la muestra era de nacionalidad española.

Tabla 3

Datos formativos y laborales (N=42)

Formación	N	%
Formación profesional	3	7,1%
Grado/Licenciatura	12	28,6%
Máster	24	57,2%
Doctorado	3	7,1%
Profesión		
Enfermero/a	22	52,4%
Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería	3	7,1%
Médico/a	2	4,8%
Psicólogo/a	15	37,7%
Años de experiencia		
Menos de 5 años	12	28,6%
De 5 a 10 años	9	21,4%
De 10 a 15 años	5	11,9%
De 15 a 20 años	6	14,3%
Más de 20 años	10	23,8%

Como puede observarse en la tabla 3, los participantes con una formación de máster universitario fueron mayoritarios (57,2%), seguidos de aquellos con una formación de grado o licenciatura (28,6%) y por último, los participantes cuyo nivel de estudios fuese o bien de Formación Profesional o de Doctorado

(7,1%, respectivamente). Por categorías profesionales, la muestra estuvo compuesta por 22 enfermeros/as (52,4%), 15 psicólogos/as (37,7%), 3 técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería (7,1%) y 2 médicos/as (4,8%).

Se seleccionó únicamente a los trabajadores de la salud que manifestaron su deseo de participar voluntariamente en el estudio y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

a) Criterios de inclusión:

a.1) Profesionales sanitarios (enfermeros/as, técnicos/as de cuidados auxiliares de enfermería, médicos/as y psicólogos/as) tanto de centros residenciales de mayores, como del ámbito hospitalario. En el caso de estos últimos, que llevasen a cabo su trabajo en unidades médicas en las que con frecuencia atienden a pacientes mayores que van a fallecer (Oncología, Cuidados Paliativos, Cuidados Intensivos y Geriatría).

a.2) Ser trabajadores en activo y que ejerciesen su profesión en España.

a.3) Mostrar su conformidad con la participación en el estudio mediante la aceptación del consentimiento informado y completar el cuestionario de investigación de manera íntegra.

b) Criterios de exclusión:

b.1) Otros profesionales socio-sanitarios, que si bien desempeñan su trabajo con personas de la tercera edad, no están directamente implicados en los cuidados al final de vida (como terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales).

b.2) Personas en periodo formativo o ya retiradas.

3.3. Instrumentos

a) Cuestionario de variables sociodemográficas y profesionales elaborado ad hoc para la investigación. En él se evaluaban variables tales como: edad, sexo, nacionalidad, grado de formación, profesión y años de experiencia laboral.

b) *Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R)* de Wong et al. (1994), en la versión traducida al castellano (Neimeyer, 1997). Se trata de una revisión del PAM (Perfil de Actitudes hacia la Muerte) desarrollado por Gesser et al. en el año 1988. El PAM-R se caracteriza por contemplar un amplio espectro de actitudes hacia la muerte, que van de la evitación a la aceptación neutral y de ahí a la aceptación de acercamiento. Está compuesto por 32 ítems que reflejan 5 dimensiones/actitudes: a) Miedo a la muerte (7 ítems) hace referencia a pensamientos y sentimientos negativos y de temor ante la muerte, b) Evitación de la muerte (5 ítems) alude a la dificultad para afrontar los pensamientos relativos al fallecimiento, pudiéndose ver afectada la conducta, c) Aceptación de acercamiento (10 ítems) se refiere a la conceptualización de la muerte como puerta de entrada a un mundo feliz después de morir, d) Aceptación neutral (5 ítems) alude a la conceptualización de la muerte como un hecho natural al que no se le tiene miedo ni se da la bienvenida, y e) Aceptación de escape (5 ítems) alude a la conceptualización de la muerte como vía de alivio o salida a una realidad y existencia dolorosa. Todos los ítems presentan un formato de respuesta de escala tipo Likert de 7 puntos que abarca opciones desde “Totalmente en desacuerdo” (1) hasta “Totalmente de acuerdo” (7). Para cada dimensión se obtiene la puntuación media

de la escala dividiendo la puntuación total obtenida en cada una por el número de ítems que la conforman.

En 2007, esta escala fue validada para población española por Schmith, obteniendo unos buenos resultados en cuanto a fiabilidad (α de Cronbach) de .83, .90, .93, .69 y .81 respectivamente, para cada una de las cinco dimensiones (Schmith, 2007).

c) *Maslach Burnout Inventory (MBI)* de Maslach y Jackson (1981), concretamente la versión *MBI Human Services Survey (MBI- HSS)*, en su adaptación a la población española (Seisdedos, 1997). El cuestionario se compone de 22 ítems que puntúan a través de una escala tipo Likert, con siete opciones de respuesta (0=nunca; 1=alguna vez al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= algunas veces al mes; 4= una vez a la semana; 5= varias veces a la semana y 6= cada día). Mide las tres dimensiones constituyentes del Síndrome de Burnout a través de 3 subescalas: a) Subescala de Agotamiento Emocional: hace referencia a sentirse exhausto emocionalmente para enfrentarse al trabajo. Está formada por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, con una puntuación máxima de 54; b) Subescala de Despersonalización: hace alusión al reconocimiento del desarrollo de frialdad y distanciamiento personal en el trabajo. Está compuesta por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, y la puntuación máxima asciende a 30 y c) Subescala de Realización Personal, en la que se evalúan los sentimientos de autoeficiencia y realización en el trabajo. Incluye los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, y su puntuación máxima es 56.

El MBI-HSS proporciona una serie de puntos de corte que permiten valorar cada una de las subescalas en tres niveles: bajo, medio y alto.

Tabla 4

Valoración de las puntuaciones de las dimensiones del burnout según el Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI- HSS)

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	Entre 0 y 18	Entre 19 y 26	Entre 27 y 54*
Despersonalización	Entre 0 y 5	Entre 6 y 9	Entre 10 y 30*
Realización personal	Entre 0 y 33*	Entre 34 y 39	Entre 40 y 56

*Se dan síntomas del Síndrome de Burnout

El cuestionario MBI Human Services Survey (MBI- HSS) fue validado por Gil-Monte (2005), obteniendo los siguientes coeficientes α de Cronbach para cada una de las tres subescalas: Agotamiento emocional (.85), Despersonalización (.58) y Realización personal (.71).

3.4. Procedimiento

En primer lugar, para facilitar la distribución telemática de los instrumentos utilizados (cuestionario de variables sociodemográficas, Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R) y cuestionario MBI Human Services Survey (MBI- HSS)), se empleó la plataforma *Google Forms*, en la que se creó un formulario final con los citados cuestionarios. Éste se publicó y difundió a través de varias redes sociales (como *LinkedIn* o *Twitter*) o mediante la aplicación de mensajería *Whatsapp*. Asimismo, se contactó vía correo electrónico con la dirección de diferentes residencias de mayores de varias comunidades autónomas o instituciones como la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). El enlace al cuestionario de *Google Forms* se envió y/o publicó con una breve presentación del estudio, la

población a la que iba dirigido y se solicitaba a los participantes que lo difundiesen entre sus redes de contactos. Por tanto, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve.

EL cuestionario final de *Google Forms* (ver Anexo 1) contenía en su encabezado un consentimiento informado en el que se exponían los objetivos del estudio, la finalidad de la recolección de los datos, así como, el modo en el que se realizaría el tratamiento de los mismos, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Además, se proporcionaban dos correos electrónicos a los que los participantes podían dirigirse con el fin de resolver cualquier duda que surgiese tanto previamente como durante su cumplimentación.

La totalidad de la muestra aceptó su participación en el estudio dando su consentimiento para colaborar en este proyecto de investigación. La fase de recogida de datos comenzó en noviembre del año 2021, finalizando en abril del año 2022.

3.5. Análisis estadísticos

Para poder realizar el procesamiento de los datos, primero se elaboró una base de datos mediante la utilización del programa *Microsoft Excel*, desde el que se trasladaron al paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 28.0.1.1. En él se calcularon todos los análisis mencionados a continuación, tanto descriptivos como inferenciales, asumiendo un nivel de significación α de 0.05 (nivel de confianza del 95%).

En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos (valor mínimo, valor máximo, media y desviación estándar) tanto para las 5 subescalas del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) como para las 3 subescalas del Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI- HSS).

Tomando como referencia los puntos de corte que proporciona el cuestionario MBI- HSS para valorar el nivel de los participantes (bajo, medio o alto) en cada una de sus tres dimensiones, se cuantificó la cantidad de profesionales que se situaban en cada nivel a través de porcentajes.

Posteriormente, se calculó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, ya que la muestra total estaba compuesta por 42 participantes ($n < 50$), para las 5 subescalas del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) y las tres dimensiones del Síndrome de Burnout del Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS). Tras no poder constatar la distribución normal de los datos para ninguna de las variables ($p < 0.05$), se optó por elegir pruebas no paramétricas para realizar el resto de análisis.

Para el análisis de correlaciones entre las 5 subescalas del PAM-R (Miedo a la muerte, Evitación de la muerte, Aceptación neutral, Aceptación de acercamiento y Aceptación de escape) y las 3 subescalas del MBI- HSS (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal) se empleó la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman.

Por último, para estudiar las posibles diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeros/as y el resto de profesionales sanitarios (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, médicos/as y psicólogos/as agrupados en una única categoría), tanto en las 5 subescalas del PAM-R como en las 3 subescalas del MBI- HSS, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

4. Resultados

Tal y como puede observarse en la tabla 5, para las 5 dimensiones/subescalas del PAM-R, la actitud con una puntuación media más elevada entre la muestra total es la actitud de Aceptación neutral

(5,63), seguida por la actitud de Aceptación de escape (3,14). En contraposición, la muestra presenta la menor media en Evitación de la muerte (2,53).

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de Actitudes hacia la Muerte según el PAM-R (N=42)

Subescala PAM-R	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Miedo a la muerte	1,00	7,00	2,63	1,51
Evitación de la muerte	1,00	7,00	2,53	1,86
Aceptación neutral	1,40	7,00	5,63	1,58
Aceptación de acercamiento	1,00	7,00	2,55	1,69
Aceptación de escape	1,00	7,00	3,14	1,74

En lo que respecta al Síndrome de Burnout, en este estudio la muestra total presenta una puntuación media de 21,55 (DE=11,81) en la subescala de Agotamiento emocional, lo que permite situar el nivel promedio en moderado. De igual forma, en la subescala de Realización personal, la puntuación media es de 36,43 (DE=9,37), lo que indica un nivel moderado a nivel muestral. Sin embargo, en la subescala Despersonalización, el valor medio es de 4,48 (DE=5,11) con lo que el nivel promedio global es bajo (tabla 6).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout según el MBI- HSS (N=42)

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Agotamiento emocional	3	47	21,55	11,81
Despersonalización	0	20	4,48	5,11
Realización personal	6	48	36,43	9,37

Analizando las puntuaciones de las subescalas del MBI-HSS a nivel individual, el 38,1 % de los profesionales sanitarios se situaban en un nivel alto de Agotamiento emocional, el 9,5 % de la muestra en un nivel alto de Despersonalización y el 26,2% en niveles bajo de Realización personal (tabla 7).

Tabla 7

Porcentaje de profesionales sanitarios que se sitúan en los niveles bajo, medio y alto en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, MBI- HSS (N=42)

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	42,9%	19,0%	38,1%
Despersonalización	66,7%	23,8%	9,5%
Realización personal	26,2%	26,2%	47,6%

La tabla 8 muestra los resultados del cálculo de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk ($n < 50$) para cada una de las variables a estudio. No pudo asumirse la normalidad en la distribución de las

puntuaciones en ninguna de las variables estudiadas, ya que el nivel de significación p no fue superior a 0.05 en ninguno de los casos.

Tabla 8

Resultados de las Pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk para las 5 dimensiones/actitudes hacia la muerte según el PAM-R y las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout según el MBI-HSS

Variable	Estadístico W	Significación (p)
Miedo a la muerte	.860	<.001
Evitación de la muerte	.792	<.001
Aceptación neutral	.712	<.001
Aceptación de acercamiento	.846	<.001
Aceptación de escape	.915	.004
Agotamiento emocional	.953	.083
Despersonalización	.789	<.001
Realización personal	.834	<.001

En cuanto a la asociación entre las 5 dimensiones/actitudes hacia la muerte del PAM-R y las 3 subescalas del MBI-HSS, en la tabla 9 se exponen los resultados de la aplicación de la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman. La actitud de Miedo a la muerte correlacionaba de manera positiva y estadísticamente significativa con la variable Agotamiento emocional ($\rho=0.436$, $p=0.001$) y Despersonalización ($\rho=0.560$, $p<0.001$). La actitud de Evitación de la muerte estaba positiva y significativamente correlacionada con la variable Agotamiento emocional ($\rho=0.474$, $p=0.002$) y

Despersonalización ($\rho=0.462, p=0.002$) pero negativamente con la variable Realización personal ($\rho=-0.330, p=0.33$). La actitud de Aceptación neutral estaba positiva y significativamente correlacionada con la variable Realización personal ($\rho=0.462, p=0.002$) mientras que la actitud de Aceptación de acercamiento lo estaba con la subescala de Agotamiento Emocional ($\rho=0.470, p=0.002$) y Despersonalización ($\rho=0.358, p=0.020$). Por último, la actitud Aceptación de escape también correlacionaba de manera positiva y estadísticamente significativa con la variable Agotamiento emocional ($\rho=0.593, p<0.001$) y Despersonalización ($\rho=0.379, p=0.013$).

Tabla 9

Coefficiente de correlación de Spearman entre las 5 dimensiones/actitudes hacia la muerte según el PAM-R y las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout según el MBI-HSS

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Miedo a la muerte			
<i>rho</i>	.476**	.560**	-.217
<i>p</i>	.001	<.001	0.168
Evitación de la muerte			
<i>rho</i>	.474**	.462**	-.330*
<i>p</i>	.002	.002	.033
Aceptación neutral			
<i>rho</i>	.151	-.244	.462**
<i>p</i>	.340	.119	.002
Aceptación de acercamiento			
<i>rho</i>	.470**	.358*	-.200
<i>p</i>	.002	.020	.204
Aceptación de escape			
<i>rho</i>	.593**	.379*	-.186
<i>p</i>	<.001	.013	.238

Nota. *rho*, valor del coeficiente de correlación de Spearman; *p*, nivel de significación bilateral

p* < 0.05; *p* < 0.01.

Para examinar las posibles diferencias en todas las variables a estudio entre el grupo de enfermeros/as y el grupo formado por el resto de profesionales sanitarios, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, no obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas, excepto en la dimensión Despersonalización ($U=141.500$, $p=.046$).

Tabla 10

Resultados de la comparación de grupos mediante valor del estadístico U de Mann-Whitney en todas las variables a estudio

VARIABLES	Profesión	U	p
Miedo a la muerte	Enfermeros/as	215.500	.910
	Resto profesionales sanitarios		
Evitación de la muerte	Enfermeros/as	203.500	.675
	Resto profesionales sanitarios		
Aceptación neutral	Enfermeros/as	265.000	.255
	Resto profesionales sanitarios		
Aceptación de acercamiento	Enfermeros/as	238.000	.648
	Resto profesionales sanitarios		

Aceptación de escape	Enfermeros/as	182.000	.338
	Resto profesionales sanitarios		
Agotamiento emocional	Enfermeros/as	250.500	.442
	Resto profesionales sanitarios		
Despersonalización	Enfermeros/as	141.500	.046*
	Resto profesionales sanitarios		
Realización personal	Enfermeros/as	297.000	.052
	Resto profesionales sanitarios		

Nota. *U*, valor del estadístico U de Mann-Whitney; *p*, nivel de significación bilateral

**p* < 0.05

5. Discusión

Con la realización del presente trabajo se pretendía explorar las actitudes hacia la muerte, la prevalencia del Síndrome de Burnout, así como, investigar sobre la posible relación entre ambos, específicamente en el conjunto de profesionales, que como equipo sanitario, asisten a los adultos mayores que van a morir. Una gran parte de la investigación en este campo se ha centrado en estudiar estas variables en el colectivo de enfermeros/as (y en algunos casos, también en técnicos auxiliares de enfermería) de distintas unidades, principalmente oncológicas (Cardoso et al., 2020; Duran y Polat, 2022; Fernández, 2017; Guo y Zheng 2019; Malliarou et al., 2015) pero en las que no se ha tenido en cuenta la edad de los pacientes (más allá de ser unidades de adultos y no pediátricas). En lo que respecta a las

actitudes hacia la muerte, durante la fase de búsqueda bibliográfica sí se encontró un estudio de investigación acerca de estas actitudes en enfermeros/as y técnicos auxiliares de enfermería que atendían a personas mayores en centros residenciales de Japón (Matsui y Braun, 2010), pero se utilizó como instrumento de evaluación el Perfil de Actitudes hacia la Muerte (PAM) y no la versión revisada (PAM-R), con lo que no pueden contrastarse los resultados con los obtenidos en este trabajo.

En cuanto al objetivo de analizar cuáles eran las actitudes hacia la muerte predominantes entre el personal sanitario que presta cuidados en el final de vida del paciente mayor, la actitud con mayor puntuación media en la muestra es la de Aceptación neutral. Por tanto, entre estos sanitarios prevalece la concepción de la muerte como parte natural de la vida, que se acepta sin esperarla ni temerla. En contraste, la actitud con un valor promedio menor es la de Evitación de la muerte. Resultados de estudios como el de Malliarou et al. (2015), muestran que aquellos profesionales que estaban más frecuentemente en contacto con pacientes al final de su vida, presentaban mayores niveles de aceptación y menores de miedo a la muerte. La población diana de este estudio (y por tanto, la muestra del mismo), se enfrenta a un gran número de fallecimientos al año (acrecentándose aún más en los dos últimos años) pudiendo por tanto, ser uno de los factores explicativos de los resultados obtenidos.

Respecto al objetivo planteado de cuantificar el nivel de burnout entre los profesionales sanitarios que prestan cuidado a las personas mayores que van a morir, se han obtenido niveles promedio moderados tanto en la dimensión de Agotamiento emocional como en la de Realización personal, así como, un nivel bajo de Despersonalización. Estos resultados coinciden parcialmente con los de la investigación llevada a cabo por Llor-Lozano et al. (2020) en profesionales de urgencias y cuidados

críticos, ya que obtuvieron también una puntuación promedio moderada para Agotamiento emocional y baja para Despersonalización, pero en la dimensión Realización personal el nivel medio fue alto (y no moderada como en el presente trabajo).

En lo que respecta a la relación entre las 5 actitudes hacia la muerte y las tres dimensiones del burnout, en este estudio se ha encontrado que las actitudes de Miedo a la muerte y Aceptación de escape correlacionan de manera positiva y estadísticamente significativa con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización, pero no correlacionaron negativa y significativamente con la dimensión Realización personal por lo que, tanto la hipótesis 1 como la hipótesis 3 solo pueden confirmarse parcialmente. Sin embargo, estos resultados se encuentran en consonancia con los obtenidos por Gama et al., (2014) o Malliarou et al. (2015). Podría deducirse que entre aquellos profesionales que tienen que enfrentar la muerte de sus pacientes desde el temor al proceso de morir o la viven como una vía de escape a una existencia de sufrimiento, es más probable que en el ejercicio de su profesión, en la que entran en contacto continuo con la muerte, se produzca un agotamiento mayor en los recursos emocionales destinados a su trabajo, o a que desarrollen actitudes negativas hacia los pacientes que van a morir.

Para la hipótesis 2 (la actitud de Evitación de la muerte correlaciona de manera positiva y estadísticamente significativa con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización pero negativa con la dimensión Realización personal), los resultados obtenidos en el presente estudio permiten confirmarla. En este sentido, coincidirían con los mostrados por Guo y Zheng (2019) y Zeng et al. (2022), ambos estudios llevados a cabo recientemente en China y con enfermeras de la especialidad de

Oncología. Para la actitud de Aceptación neutral se obtuvo una correlación positiva y significativa con la dimensión de Realización personal pero no una correlación negativa con la subescala de Despersonalización, por lo que solo puede confirmarse parcialmente la hipótesis 4, enunciada en base a los hallazgos de Guo y Zheng (2019). Con este resultado, tal vez podría inferirse que aquellos profesionales sanitarios que experimentan la muerte como un evento natural de la vida pueden llevar a cabo su trabajo (frecuentemente vinculado a situaciones de exposición al proceso de morir) sin que suponga un menoscabo en su sensación de competencia y su autoestima profesional.

Sin embargo, también hay que mencionar que se han obtenido datos no coincidentes con los mostrados en otros estudios, como es la correlación positiva y estadísticamente significativa de la Aceptación de acercamiento con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización.

Tal como hemos mencionado al principio de este apartado, una gran mayoría de la investigación que se ha ocupado de estos temas lo ha hecho con el colectivo de enfermería, se planteó estudiar si existirían diferencias entre este tipo de profesionales y el resto de categorías incluidas en el estudio (médicos/as, psicólogos/as y técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería, conformando un único grupo), tanto en actitudes hacia la muerte como en las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout (hipótesis 5 y 6). Tras realizar los análisis estadísticos correspondientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las 5 actitudes hacia la muerte y en cuanto al burnout, tan solo en la dimensión Despersonalización.

Sin embargo, el presente estudio también cuenta con una serie de limitaciones. El tamaño de la muestra (N=42) reduce en gran medida la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos a la

población diana. Durante el planteamiento del trabajo y en los momentos iniciales de la recogida de datos, la población elegida era aquella compuesta por profesionales sanitarios que se dedicasen exclusivamente al final de vida del paciente mayor (es decir, personal sanitario de residencias de mayores o unidades de Geriátrica). Sin embargo, pese a contactar con la dirección de numerosas residencias de diferentes partes de España, asociaciones profesionales de enfermería y /o de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de diversas comunidades autónomas o incluso a instituciones como la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), en un periodo aproximado de 2 meses desde el inicio de esta fase, apenas se contaba con 12 participantes, evidenciando la dificultad para acceder a esta población y conseguir participantes dispuestos a colaborar. Por ello, se optó por ampliar los criterios de inclusión y por tanto, la población diana, incluyendo a los profesionales de aquellas unidades que se enfrentan con frecuencia al final de vida (Oncología, Cuidados Paliativos o Cuidados Intensivos) y entre sus pacientes, atienden a personas de avanzada edad. Posteriormente, hubo que eliminar las respuestas de algunos participantes (por no cumplir con el criterio de inclusión de pertenecer a este sector profesional) y algunos participantes manifestaron no haber completado el cuestionario por la extensión del mismo.

Adicionalmente, el reclutamiento de la muestra mediante muestreo no probabilístico (de tipo bola de nieve) reduce las probabilidades de representatividad de la misma y dificulta igualmente la generalización de los datos a la población diana. Por otra parte, pese a que dentro de las profesiones sanitarias existe una mayor número de mujeres que de hombres (en el año 2020, de 903.946 profesionales colegiados, 619.378 eran mujeres (68,52%) y 284.568 (31,48%) eran hombres) (INE, 2021),

la disparidad en la cantidad de participantes de cada sexo en la muestra es notable y dificultó poder realizar análisis comparativos según esta variable.

Por último, la no normalidad en la distribución de los datos de las variables a estudio (las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout) no permitió realizar un análisis de regresión múltiple que pudiese explicar la contribución de las distintas actitudes hacia la muerte en ellas. Por todo lo expuesto anteriormente, sería altamente recomendable replicar el estudio en el futuro con una muestra más extensa, que contase con una proporción más igualada, tanto entre hombres y mujeres como entre las distintas categorías profesionales participantes. Ello podría conseguirse mediante la mejora en la difusión y el acceso al cuestionario de instrumentos y la valoración acerca de mantener o disminuir la extensión del mismo.

Investigar más en profundidad las actitudes hacia la muerte y el nivel de burnout entre estos profesionales de la salud podría constituir el punto de partida para futuros proyectos y trabajos de investigación. Así, el conocimiento obtenido podría servir como base para el diseño e implementación de programas de intervención, dirigidos a estos profesionales, que aborasen desde un enfoque tanto psicoeducativo como práctico, los siguientes aspectos: contenidos formativos acerca de la muerte y el cuidado del paciente al final de sus días (ya que la investigación ha demostrado que es un factor contribuyente a la mejora de las actitudes), habilidades de comunicación, toma de decisiones, aumento de recursos personales para la gestión de situaciones emocionalmente demandantes o estresantes, atención a los familiares del paciente o manejo del propio duelo. Por otra parte, sería interesante replicar el estudio con participantes pertenecientes a las mismas categorías profesionales, pero que en lugar de

prestar cuidados en exclusiva al paciente mayor, lleven a cabo su trabajo en equipos médicos que atiendan, por ejemplo, a población pediátrica en el final de vida con el fin de llevar a cabo los análisis comparativos correspondientes de las distintas variables estudiadas.

Para finalizar, podemos concluir, en relación a los objetivos de investigación propuestos, que en el presente estudio, entre los profesionales sanitarios que asisten al adulto mayor en el final de su vida predomina la Actitud neutral hacia la muerte, siendo la actitud minoritaria la actitud de Evitación de la misma. Asimismo, en cuanto al Síndrome de Burnout y su prevalencia, los participantes presentan niveles globales moderados en las dimensiones de Agotamiento emocional y Realización personal, pero un nivel bajo de Despersonalización. Concretando a nivel individual, el 38,1 % de los profesionales sanitarios experimentan un elevado Agotamiento emocional mientras que el 9,5 % presenta un nivel alto de Despersonalización. Sin embargo, en torno al 26% de ellos posee una baja percepción de Realización personal derivada de su práctica laboral. En lo relativo a la manera en que se relacionan las actitudes hacia la muerte y el burnout, se ha observado que aquellos sanitarios que poseen en mayor medida actitudes de Miedo a la muerte o Aceptación de esta como vía de escape, tienden a experimentar mayores niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización. Por otra parte, los que viven la muerte desde una actitud de Evitación, son más proclives a sufrir tanto Agotamiento emocional como Despersonalización, pero menos a sentirse realizados y competentes en su trabajo. Para las dos actitudes hacia la muerte restantes, se ha encontrado en los participantes del estudio, que la actitud de Aceptación neutral correlaciona con la Realización personal experimentada mientras que la actitud de Aceptación de acercamiento lo hace con los niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización, respectivamente.



Por último, en cuanto al objetivo de estudio más innovador que se proponía en este trabajo, relativo a investigar si podían existir diferencias en cuanto a actitudes hacia la muerte y burnout entre el grupo de enfermeros/as y el grupo formado por el resto de profesionales sanitarios, no puede concluirse, con la muestra disponible, que existan diferencias para ninguna de las variables a estudio, salvo en la variable Despersonalización.

6. Referencias

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Ay, M. A. y Öz, F. (2019). Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 26(5), 1442–1457. <https://doi.org/10.1177/0969733017748481>
- Barnett, M. D., Reed, C. M. y Adams, C. M. (2021). Death Attitudes, Palliative Care Self-efficacy, and Attitudes Toward Care of the Dying Among Hospice Nurses. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(2), 295–300. <https://doi.org/10.1007/S10880-020-09714-8>
- Bermejo, J. C., Villaceros, M. y Hassoun, H. (2018). Attitudes towards end-of-life patient care and fear of death in a healthcare student sample. *Medicina Paliativa*, 25(3), 168–174. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIPA.2017.02.004>
- Braun, M., Gordon, D. y Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1). <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E43-E49>
- Cardoso, M., Martins, M., Ribeiro, O. y Fonseca, E. (2020) Actitudes de los enfermeros frente a la muerte en el contexto hospitalario: diferenciación por unidades de cuidados. *Escola Anna Nery*, 25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0100>
- Duran, S. y Polat, S. (2022). Nurses' Attitudes Towards Death and Its Relationship With Anxiety Levels. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211065963>

Eснаashari, F. y Kargar, F. R. (2018). The Relation Between Death Attitude and Distress: Tolerance, Aggression, and Anger. *OMEGA-Journal of death and dying*, 77(2), 154–172.

<https://doi.org/10.1177/0030222815593871>

Fernández J. A., García-Martínez, L., García, M. L., Fernández-Grande, A. I., Lozano, T. y Rubio-Prieto, A. (2017). Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. *Tiempos de Enfermería y Salud*, 1(2), 29-35.

Gama, G., Barbosa, F. y Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527–533. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2014.04.005>

Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saúde pública*, 39, 1-8.

Guo, Q. y Zheng, R. (2019). Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 42, 69–75.

<https://doi.org/10.1016/J.EJON.2019.08.002>

Instituto Nacional de Estadística (2021). Nota de prensa Defunciones según la Causa de Muerte, Año 2020
Tomado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2021). Nota de prensa Profesionales Sanitarios Colegiados, Año 2020
Tomado de https://www.ine.es/prensa/epsc_2020.pdf

Leiter, M. P. y Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of nursing*

management, 17(3), 331-339. [https://doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x).

Llor-Lozano, J., Seva-Llor, A. M., Díaz-Agea, J. L., Llor-Gutiérrez, L. y Leal Costa, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(3), 68–80.
<https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.6018/eglobal.381641>

Malliarou, M., Zyga, S., Fradelos, E. y Sarafis, P. (2015). Measuring Death Attitude and Burnout of Greek Nursing Personnel. *American Journal of Nursing Science*, 4 (2), 74-77. [https://doi: 10.11648/j.ajns.s.2015040201.23](https://doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.23)

Martínez-Heredia, N. (2021). Attitude and fear regarding death in older adult people. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 51, 45–62. <https://doi.org/10.5944/EMPIRIA.51.2021.30807>

Matsui, M. y Braun, K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 593-598.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.593>

Maza-Cabrera, M., Zavala-Gutiérrez, M., y Merino-Escobar, J. M. (2009). Actitud del Profesional de Enfermería ante la Muerte de Pacientes. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 39-48. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>

Nyatanga, B. (2021). Transformation of death. *British Journal of Community Nursing*, 26(10), 514.
<https://doi.org/10.12968/BJCN.2021.26.10.514>

Pascual, M. C. (2011). 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.

<https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2011.01.004>

Pérez, J., Abellán, A., Aceituno y P. Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red ,25. Tomado de

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

Ramón, I., Alonso, J., Subirats, E., Yáñez, A., Santed, R., Pujol, R., Camp, L., Florensa, E., Gómez-Batiste, X., González, C., Mascaró, J., Rebollo, P., Riquelme, M., Sáiz, N., Vila, T. y Vilagut, G. (2006). El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña. *Revista Clínica Española*, 206(11), 549–555.

<https://doi.org/10.1157/13096302>

Sandoval, S.A., Vargas, M.A.O., Schneider, D.G., Magalhães, A.L.P., Brehmer, L.C.F. y Zilli, F. (2020). Death and die in the hospital: a social, spiritual and ethical look of students. *Escola Anna Nery*, 24 (3)

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0287>

Schmidt, J. (2007). Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. [Tesis de Doctorado, Universidad de Granada]

<https://digibug.ugr.es/handle/10481/1563>

Vidal-Roig, M. (2017). Actitud de los profesionales sanitarios ante el proceso de morir *Apuntes de ciencia*, 7(2)

Woo, T., Ho, R., Tang, A., y Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20.

<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2019.12.015>

Zheng, R., Guo, Q., Dong, F., y Gao, L. (2022). Death Self-efficacy, Attitudes Toward Death and Burnout among Oncology Nurses: A Multicenter Cross-sectional Study. *Cancer Nursing*, 45(2), 388–396.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000839>

7. Anexos

7.1. Anexo 1

ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN EL PROFESIONAL SANITARIO

Consentimiento informado:

1. Este estudio está siendo realizado por la Universidad Europea de Madrid y la Universidad Internacional de Valencia con la finalidad de investigar y obtener un mayor conocimiento acerca de las actitudes hacia la muerte entre los diferentes profesionales sanitarios que con frecuencia se enfrentan a ella.

2. ¿Cómo se va a realizar este estudio?

Su participación en el estudio se realizará de forma telemática, debiendo responder a una serie de preguntas a través de este cuestionario vía online. Le recordamos que para participar será necesario que ser mayor de 18 años.

Durante el cuestionario se recogerán datos sociodemográficos relevantes para el estudio. Finalmente, se les solicitará responder a una serie de cuestiones sobre sus actitudes hacia la muerte y otras variables psicológicas como ansiedad, estrategias de afrontamiento o resiliencia. Para poder realizar todo lo anterior, únicamente se requerirán aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

3.- ¿Cómo trataremos sus datos?

Sepa que la finalidad del tratamiento de los datos personales que se deriven de su participación será utilizados únicamente para actividades docentes y científicas (publicaciones científicas o comunicaciones a congresos) de forma totalmente anónima. No obstante, le informamos que está contemplado en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los derechos recogidos por la ley son: Supresión, Oposición, Portabilidad, Limitación, Acceso y Rectificación.

Le informamos que el estudio NO va a implicar decisiones automatizadas y NO va a incluir la elaboración de perfiles. Sepa que usted tiene el derecho a oponerse a que sus datos sean sometidos a decisiones individuales automatizadas.

4.- Sus derechos en materia de protección de datos.

A continuación, le proporcionamos información que tiene derecho a conocer en cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos y a efectos de garantizar un tratamiento de datos leal y transparente para usted:

- Dado que usted está leyendo esta hoja de información, ya que se solicita su participación en un proyecto de investigación, sepa que tiene derecho a recibir previamente toda la información necesaria debidamente documentada y en forma comprensible y mediante los medios adecuados según las necesidades de adaptación que usted requiera para ello. Si no entiende algo no dude en decirlo y en pedir todas las explicaciones que necesite.

- Le informamos de que los investigadores responsables del estudio son Dra. María Cantero-García (maria.cantero@universidadeuropea.es), y Dr. Jesús González Moreno (jesus.gonzalezm@campusviu.es) a quienes puede referirse para preguntar y resolver las dudas que pudieran surgirle.

- Sepa que sólo tendrán acceso a sus datos los miembros del equipo de investigación, siendo el responsable de los datos los Investigadores Principales. Será con estas personas con las que deberá contactar en las direcciones de e-mail arriba indicadas en caso de querer ejercer los derechos que le corresponden en materia de protección de datos.

- Usted tiene derecho a solicitar al investigador principal el acceso a sus datos personales, a su rectificación o supresión, a la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Tales derechos pueden ejercerse directamente o por medio de representante legal o voluntario. Usted tiene derecho a solicitar la retirada de sus datos en cualquier momento sin dar explicación alguna sobre su decisión de retirarse del estudio.

CONSIENTO PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN Y CONFIRMO HABER LEÍDO LA HOJA DE INFORMACIÓN:

- CONSIENTO

- NO CONSIENTO



Datos sociodemográficos

- Edad :

- Sexo:
 - Hombre
 - Mujer
 - Otro

- Estado civil:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Pareja de hecho
 - Separado/a
 - Divorciado/a
 - Viudo/a
 - Otro

En caso de haber contestado "otro" en la anterior pregunta, especifique cuál es su estado civil:

- Nacionalidad:



- Formación:
 - Formación profesional
 - Grado/Licenciatura
 - Máster
 - Doctorado
 - Otro:

- Profesión:

- Años de experiencia:
 - Menos de 5 años
 - 5 – 10 años
 - 10 – 15 años
 - 15 – 20 años
 - Más de 20 años

- Horas de trabajo semanal:
 - Menos de 10 horas semanales
 - 10 – 20 horas semanales
 - 20 -30 horas semanales



- 30 – 40 horas semanales
 - Más de 40 horas semanales

- Tipo de contrato:
 - Indefinido
 - Temporal

- Horas de sueño:
 - Menos de 4 horas
 - 4 – 6 horas
 - 6 – 8 horas
 - Más de 8 horas

- ¿Se levanta descansado?
 - Sí
 - No

- ¿Suele tener pesadillas?
 - Sí
 - No



- ¿Fuma?
 - No
 - Sí
 - En el caso de haber contestado afirmativamente a la anterior pregunta, indique cuántos cigarrillos fuma al día
 - Menos de 5 cigarrillos al día
 - 5-10 cigarrillos al día
 - 10- 15 cigarrillos al día
 - 15- 20 cigarrillos al día
 - Más de 20 cigarrillos al día

- ¿Bebe?
 - Nada
 - Ocasionalmente
 - A menudo

- ¿Consume alguna otra sustancia?
 - No
 - Sí



- En el caso de haber contestado afirmativamente a la anterior pregunta, especifique cuál/es

- ¿Está tomando algún medicamento?
 - No
 - Sí
 - En el caso de haber contestado afirmativamente a la anterior pregunta, especifique cuál/es

- ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad física?
 - No
 - Sí
 - En el caso de haber contestado afirmativamente a la anterior pregunta, especifique cuál/es

- ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad psicológica?
 - No
 - Sí
 - En el caso de haber contestado afirmativamente a la anterior pregunta, especifique cuál/es



- ¿Realiza ejercicio?
 - Nunca
 - 1 – 2 veces a la semana
 - 3 – 5 días a la semana
 - Todos los días

Indicadores Psicofisiológicos

Las personas suelen percibir de distinta manera la sensación de tensión o ansiedad. Señale aquí las reacciones que podrían aplicarse a usted.

	SI	NO
Se siente tenso en su frente	1	2
Se siente tenso en su espalda o cuello	1	2
Se siente tenso en su pecho	1	2
Se siente tenso en sus hombros	1	2
Se siente tenso en su estómago	1	2
Se siente tenso en su cara	1	2
Se siente tenso en otras partes	1	2
Especifique cuál/es		
Usted suda	1	2
Su corazón late fuerte	1	2
Puede sentir que su corazón "se le va a salir del pecho"	1	2
Puede oír los latidos de su corazón	1	2
Siente su cara roja o sofocada	1	2
Siente la piel fría y húmeda	1	2
Tiembla o se estremece en sus manos	1	2
Tiembla o se estremece en sus piernas	1	2
Tiembla o se estremece en otras partes	1	2
Especifique cuál/es		
Siente su estómago como si estuviese en un ascensor y acaba de parar	1	2
Siente náuseas en el estómago	1	2
Se siente como presionado por algo que le oprime	1	2
Se rasca en alguna parte de su cuerpo	1	2
Especifique cuál/es		
Cuando cruza las piernas, las mueve hacia arriba y abajo	1	2
Se muerde las uñas	1	2
Le rechinan los dientes	1	2
Tiene problemas para hablar	1	2
Se siente como si se fuera a ahogar	1	2
Se siente débil	1	2
Se siente mareado	1	2



Se siente que respira muy deprisa o muy despacio	1	2
--	---	---

Actitudes ante la muerte

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con distintas actitudes hacia la muerte. Lea cada afirmación detenidamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo. (TD= Totalmente en desacuerdo; BD= Bastante en desacuerdo; AD= Algo en desacuerdo; I= Indeciso/a; AA= Algo de acuerdo; BA= Bastante de acuerdo; TA: Totalmente de acuerdo).

La muerte es sin duda una experiencia horrible	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Creo que iré al cielo cuando muera	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Me trastorna la finalidad de la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Siempre intento no pensar en la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte es un aspecto natural de la vida	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte es la unión con Dios y	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA

con la gloria eterna							
La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
No temería a la muerte ni le daría la bienvenida	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Tengo un miedo intenso a la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Evito totalmente pensar en la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
La muerte no es buena ni mala	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Espero una vida después de la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	TD	BD	AD	I	AA	BA	TA

Burnout

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. El objetivo del cuestionario es contribuir al conocimiento de sus condiciones de trabajo. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Simplemente, a cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, señalando la casilla correspondiente.

	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Cada día
Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado	0	1	2	3	4	5	6
Al final de la jornada me siento agotado	0	1	2	3	4	5	6
Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos	0	1	2	3	4	5	6
Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí	0	1	2	3	4	5	6
Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Me siento “quemado” por el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	0	1	2	3	4	5	6
Creo que tengo un comportamiento más	0	1	2	3	4	5	6

insensible con la gente desde que hago este trabajo							
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
Me encuentro con mucha vitalidad	0	1	2	3	4	5	6
Me encuentro frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro	0	1	2	3	4	5	6
Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender	0	1	2	3	4	5	6
Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés	0	1	2	3	4	5	6
Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Me encuentro animado después de trabajar junto a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Resiliencia

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal	1	2	3	4	5
Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes	1	2	3	4	5
No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante	1	2	3	4	5



Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo	1	2	3	4	5
Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal	1	2	3	4	5
Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida	1	2	3	4	5

Fatiga por Compasión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional sanitario. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con alguna frecuencia	Casi siempre	Siempre
Soy feliz	0	1	2	3	4	5
Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo	0	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente	0	1	2	3	4	5
Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Me sobresaltan los sonidos inesperados	0	1	2	3	4	5
Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado	0	1	2	3	4	5
Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional	0	1	2	3	4	5

Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado	0	1	2	3	4	5
Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado	0	1	2	3	4	5
Me siento “atrapado” por mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas	0	1	2	3	4	5
Me gusta trabajar ayudando a la gente	0	1	2	3	4	5
Me siento deprimido como resultado de mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado	0	1	2	3	4	5
Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional	0	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica	0	1	2	3	4	5
Soy la persona que siempre he querido ser	0	1	2	3	4	5
Mi trabajo me hace sentirme satisfecho	0	1	2	3	4	5
Por causa de mi trabajo me siento agotado	0	1	2	3	4	5
Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles	0	1	2	3	4	5
Me siento abrumado por la cantidad y tipo de	0	1	2	3	4	5



trabajo que tengo que afrontar						
Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerden a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado	0	1	2	3	4	5
Planeo continuar con mi trabajo muchos años	0	1	2	3	4	5

Satisfacción con la vida

A continuación hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo (1= Fuertemente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Ligeramente en desacuerdo; 4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5= Ligeramente de acuerdo; 6= De acuerdo; 7= Fuertemente de acuerdo).

En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal
Fuertemente en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Fuertemente de acuerdo
Las condiciones de mi vida son excelentes
Fuertemente en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Fuertemente de acuerdo
Estoy completamente satisfecho/a con mi vida
Fuertemente en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Fuertemente de acuerdo
Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida
Fuertemente en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Fuertemente de acuerdo
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada
Fuertemente en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Fuertemente de acuerdo

Ansiedad (A-E)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento calmado	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
Estoy tenso	0	1	2	3
Estoy contrariado	0	1	2	3
Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
Me siento alterado	0	1	2	3
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Me siento angustiado	0	1	2	3
Me siento confortable	0	1	2	3
Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
Me siento nervioso	0	1	2	3
Estoy desasosegado	0	1	2	3
Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
Estoy relajado	0	1	2	3



Me siento satisfecho	0	1	2	3
Estoy preocupado	0	1	2	3
Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
Me siento alegre	0	1	2	3
En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ansiedad (A-R)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento bien	0	1	2	3
Me canso rápidamente	0	1	2	3
Siento ganas de llorar	0	1	2	3
Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3



Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
Soy feliz	0	1	2	3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
Estoy satisfecho	0	1	2	3
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
Soy una persona estable	0	1	2	3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Depresión

Por favor, lea con atención cada uno de los ítems y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso señálela también.

Tristeza	0	No me siento triste habitualmente
	1	Me siento triste gran parte del tiempo
	2	Me siento triste continuamente
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
Pesimismo	0	Me estoy desanimando sobre mi futuro
	1	Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes
	2	No espero que las cosas mejoren
	3	Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán
Sentimientos de fracaso	0	No me siento fracasado
	1	He fracasado más de lo que debería
	2	Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso
	3	Me siento una persona totalmente fracasada
Pérdida de placer	0	Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes
	1	No disfruto de las cosas tanto como antes
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba
	3	No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba
Sentimientos de	0	No me siento especialmente culpable

culpa	1	Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
	3	Me siento culpable constantemente
Sentimientos de castigo	0	No siento que esté siendo castigado
	1	Siento que puedo ser castigado
	2	Espero ser castigado
	3	Siento que estoy siendo castigado
Insatisfacción con uno mismo	0	Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
	1	He perdido confianza en mí mismo
	2	Estoy decepcionado conmigo mismo
	3	No me gusto
Auto-críticas	0	No me critico o culpo más que antes
	1	Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser
	2	Critico todos mis defectos
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede

Pensamientos o deseos de suicidio	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio
	1	Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo
	2	Me gustaría suicidarme
	3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad
Llanto	0	No lloro más de lo que solía hacerlo
	1	Lloro más de lo que solía hacerlo

	2	Lloro por cualquier cosa
	3	Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo
Agitación	0	No estoy más inquieto o agitado que de costumbre
	1	Me siento más inquieto o agitado que de costumbre
	2	Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
	3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
Pérdida de interés	0	No he perdido el interés por otras personas o actividades
	1	Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades
	2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
	3	Me resulta difícil interesarme en algo
Indecisión	0	Tomo decisiones más o menos como siempre
	1	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre
	2	Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre
	3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
Inutilidad	0	No me siento inútil
	1	No me considero tan valioso y útil como solía ser
	2	Me siento inútil en comparación con otras personas
	3	Me siento completamente inútil
Pérdida de energía	0	Tengo tanta energía como siempre
	1	Tengo menos energía de la que solía tener
	2	No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
	3	No tengo suficiente energía para hacer nada

Cambios en el patrón de sueño	0	No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
	1a	Duermo algo más de lo habitual
	1b	Duermo algo menos de lo habitual
	2a	Duermo mucho más de lo habitual
	2b	Duermo mucho menos de lo habitual
	3a	Duermo la mayor parte del día
	3c	Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
Irritabilidad	0	No estoy más irritable de lo habitual
	1	Estoy más irritable de lo habitual
	2	Estoy mucho más irritable de lo habitual
	3	Estoy irritable continuamente

Cambios en el apetito	0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
	1a	Mi apetito es algo menor de lo habitual
	1b	Mi apetito es algo mayor de lo habitual
	2a	Mi apetito es mucho menor que antes
	2b	Mi apetito es mucho mayor de lo habitual
	3a	He perdido completamente el apetito
	3c	Tengo ganas de comer continuamente
Dificultad de concentración	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
	1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
	2	Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho

		tiempo
	3	No puedo concentrarme en nada
Cansancio o fatiga	0	No estoy más cansado o fatigado que de costumbre
	1	Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
	2	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
	3	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
Pérdida de interés en el sexo	0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar
	2	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
	3	He perdido completamente el interés por el sexo

Afrontamiento

Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación. Cada uno de ellos describe formas de actuar frente a los problemas. Piense en el último problema que tuvo, enúncielo brevemente y seleccione la categoría que exprese en qué medida actuó como se describe en cada una de estas afirmaciones.

Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo plazo)	0	1	2	3
Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	0	1	2	3
Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1	2	3
Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	0	1	2	3
Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada	0	1	2	3
Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	0	1	2	3
Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
Me critiqué o me sermonee a mí mismo	0	1	2	3
No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
Confié en que ocurriera algún milagro	0	1	2	3
Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces no tengo mala suerte)	0	1	2	3
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
Intenté guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno	0	1	2	3



Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
Manifesté mi enojo a la persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor	0	1	2	3
Me sentí inspirado para hacer algo creativo	0	1	2	3
Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3
Busqué ayuda de un profesional	0	1	2	3
Cambié, maduré como persona	0	1	2	3
Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada	0	1	2	3
Me disculpé o hice algo para compensar	0	1	2	3
Desarrollé un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	0	1	2	3
De algún modo expresé mis sentimientos	0	1	2	3
Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
Salí de la experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3
Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones	0	1	2	3
Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos	0	1	2	3
Tomé una decisión importante o hice algo arriesgado	0	1	2	3
Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3



Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1	2	3
Redescubrí lo que es importante en la vida	0	1	2	3
Cambié algo para que las cosas fueran bien	0	1	2	3
Evité estar con la gente en general	0	1	2	3
No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	0	1	2	3
Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo	0	1	2	3
Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	0	1	2	3
No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio	0	1	2	3
Le conté a alguien cómo me sentía	0	1	2	3
Me mantuve firme y pelee por lo que quería	0	1	2	3
Me desquité con los demás	0	1	2	3
Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar	0	1	2	3
Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	0	1	2	3
Propuse un par de soluciones distintas al problema	0	1	2	3
Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto	0	1	2	3
Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas	0	1	2	3
Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en cómo me sentía	0	1	2	3
Cambié algo de mi	0	1	2	3



Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor en el presente	0	1	2	3
Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	0	1	2	3
Recé	0	1	2	3
Me preparé para lo peor	0	1	2	3
Respeté mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo	0	1	2	3
Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona	0	1	2	3
Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas	0	1	2	3
Hice jogging u otro ejercicio	0	1	2	3
Intenté algo distinto de todo lo anterior (Descríbalo)	0	1	2	3