



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Relación entre las estrategias de afrontamiento, actitudes ante la muerte y años de experiencia en el personal sanitario**

---

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

---

Autor: José Miguel Rodríguez Basalo

Tutora: Elena Huguet Cuadrado

15/02/2023

9187 palabras

## Resumen

**Introducción:** El personal sanitario cada vez se enfrenta a más desafíos. Esto ha impactado negativamente su bienestar. El bienestar de estos profesionales ha sido asociado a las actitudes ante la muerte y las estrategias de afrontamiento.

**Objetivo:** Este estudio busca explorar si hay relación entre estos dos factores, así como si los años de ejercicio profesional generan un impacto positivo en estos.

**Materiales y método:** Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y transversal con un grupo de 51 sanitarios. Se utilizaron la Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R) y el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), así como un cuestionario de datos sociodemográficos generado ad-hoc.

**Resultados:** Se encontró una correlación negativa entre la dimensión miedo a la muerte y las estrategias centradas en el problema ( $p=-0.365$ ), así como una positiva entre la dimensión aceptación de acercamiento y tener menos experiencia laboral ( $p=0.035$ ). No se encontraron más correlaciones entre los constructos estudiados, ni entre estos y la experiencia laboral.

**Discusión:** Los resultados encontrados son inconsistentes con lo señalado por la literatura previa, por lo que se anima a seguir investigando la relación posible entre estos tres constructos para poder generar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de los sanitarios.

**Palabras clave:** Actitudes hacia la muerte, estrategias de afrontamiento, experiencia laboral, personal sanitario.

## Abstract

**Introduction:** Healthcare professionals face more challenging issues than before. This has negatively impacted their wellbeing. Their wellbeing has been associated to death attitudes and coping strategies.

**Objective:** This study seeks to explore whether there is any relationship between these two factors, as well as if the years of professional exercise generate a positive impact on them.

**Method and materials:** The study was quantitative, correlational, and transversal. The sample was composed from 51 healthcare professionals. The questionnaires used were the Ways of Coping Inventory (WOC-R) and the Death Attitude Profile Revised (DAP-R), as well as an ad-hoc generated sociodemographic questionnaire.

**Results:** A negative correlation was found between the fear of death dimension and problem focused strategies ( $p=-0.365$ ), as well as a positive one between the approach acceptance dimension and having less working experience ( $p=0.035$ ). No further correlations were found between the studied constructs, nor between these two and working experience.

**Discussion:** The found results are inconsistent with what has been previously found by the literature. Thus, it is encouraged to keep researching the possible relationship between these three constructs, so we can generate intervention programs that improves the quality of life of the healthcare workers.

**Keywords:** Coping mechanisms, death attitudes, healthcare professionals, working experience.

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Introducción</b>   | 5  |
| 1.1. Necesidad de recursos sanitarios en España  | 5  |
| 1.2. Actitudes hacia la muerte   | 7  |
| 1.3. Estrategias de afrontamiento  | 9  |
| 1.4. Objetivos   | 11 |
| 1.5. Hipótesis   | 12 |
| <b>2. Materiales y método</b>  | 12 |
| 2.1. Diseño  | 12 |
| 2.2. Muestra   | 13 |
| 2.3. Instrumentos  | 15 |
| 2.4. Procedimiento   | 16 |
| 2.5. Análisis estadístico  | 17 |
| <b>3. Resultados</b>   | 18 |
| <b>4. Discusión</b>  | 27 |
| <b>5. Referencias bibliográficas</b>   | 35 |
| <b>6. Anexos</b>   | 42 |
| 6.1. Anexo 1: Cuestionario <i>ad-hoc</i> de datos sociodemográficos                    | 42 |
| 6.2. Anexo 2: Cuestionario PAM-R (Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte)        | 46 |
| 6.3. Anexo 3: Cuestionario WOC-R (Escala de Modos de Afrontamiento Revisada)           | 50 |
| 6.4. Anexo 4: Consentimiento informado   | 57 |
| 6.4. Anexo 5: Tabla de resultados de normalidad para la prueba Shapiro-Wilk            | 59 |
| 6.5. Anexo 6: Gráficos Q-Q para las 5 dimensiones del PAM-R y los 2 factores del WOC-R | 60 |

## Índice de tablas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1.</b> Distribución de la muestra para profesión, años de experiencia y formación académica (N=52) .   | 13 |
| <b>Tabla 2.</b> Estadísticos descriptivos para las 8 subescalas del WOC-R (N=52) .....  | 18 |
| <b>Tabla 3.</b> Estadísticos descriptivos de los tipos de estrategia obtenidas con el WOC-R (N=52).....   | 19 |
| <b>Tabla 4.</b> Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la muerte obtenidas con el PAM-R (N=52).....   | 20 |
| <b>Tabla 5.</b> Matriz de correlaciones utilizando el coeficiente de correlación de Spearman entre las 5 dimensiones que mide el PAM-R y los 2 factores de estrategias de afrontamiento que mide el WOC-R ...               | 20 |
| <b>Tabla 6.</b> Estadísticos descriptivos para los grupos de menos y más de 10 años de experiencia en las estrategias centradas en la emoción, miedo a la muerte y evitación de la muerte.....                              | 22 |
| <b>Tabla 7.</b> Resultados del estadístico U de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos en evitación de la muerte, miedo a la muerte y estrategias centradas en la emoción .....                                 | 23 |
| <b>Tabla 8.</b> Estadísticos descriptivos para los grupos de menos y más de 10 años de experiencia en las estrategias centradas en el problema, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape ..... | 24 |
| <b>Tabla 9.</b> Resultados del estadístico U de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos en aceptación de escape, aceptación de acercamiento, aceptación neutral y estrategias centradas en el problema.....      | 26 |

## Índice de figuras

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Puntuaciones en evitación de la muerte del grupo de menos y más de 10 años de experiencia .                  | 22 |
| <b>Figura 2.</b> Puntuaciones en miedo a la muerte del grupo de menos y más de 10 años de experiencia .....                   | 22 |
| <b>Figura 3.</b> Puntuaciones en estrategias centradas en la emoción del grupo de menos y más de 10 años de experiencia.....  | 23 |
| <b>Figura 4.</b> Puntuaciones en estrategias centradas en el problema del grupo de menos y más de 10 años de experiencia..... | 25 |
| <b>Figura 5.</b> Puntuaciones de aceptación neutral del grupo de menos y más de 10 años de experiencia .....                  | 25 |
| <b>Figura 6.</b> Puntuaciones de aceptación de acercamiento del grupo de menos y más de 10 años de experiencia.....           | 26 |
| <b>Figura 7.</b> Puntuaciones en aceptación de escape del grupo de menos y más de 10 años de experiencia ..                   | 26 |

# 1. Introducción

## 1.1. Necesidad de recursos sanitarios en España.

Las pirámides poblacionales de España muestran que desde 1960 se observa un aumento de población mayor de 65 años; en dicho año, este grupo conformaba un 8,2% de la población; en 2020 se recogía que alcanzaba el 22,9% del total demográfico; en el año 2050 se estima que la población española estará compuesta por un 31,4% de personas mayores de 65 años y un 11,6% de mayores de 80. Es destacable señalar que con los años también ha ido en aumento el porcentaje de personas dependientes de más de 67 años, pasando de menos de un 15% en 1971 a más de un 25% en 2020 de acuerdo a los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (Conde-Ruiz, 2021). Parte de los cuidados necesitados por esta población en situación de dependencia se ha desplazado hacia centros de salud como centros de día o residencias de ancianos. En España hay 5.490 residencias de la tercera edad, de las cuales 4.100 son privadas. Pese a que esto implica que no todas las personas en situación de dependencia y sus familias pueden acceder a este recurso, las plazas en centros residenciales entre 2002 y 2010 aumentaron en un 144%, mientras que en los centros de día aumentaron en un 375%. De hecho, paradójicamente, en 2008, del total de la población en residencias, solo un 19% era dependiente (Esteban Herrera & Rodríguez Gómez, 2015), lo que señala que la población que hace uso de estos centros y del personal sanitario que los compone no se limita a personas dependientes, y es mayor de lo que se podría estimar a priori. Según un estudio llevado a cabo por Pac et al. (2006), un 49% de la población ingresada en residencias geriátricas motivaba su ingreso por causas sociales, tales como no tener una red de apoyo social que le ayudase con tareas cotidianas que la persona mayor ya no podía realizar por limitaciones de la edad.

Si bien la población de personas mayores con depresión es de un 16%, la de aquellos que viven solos es de un 26,6% (Molés Julio et al., 2019). Estos niveles de prevalencia en sintomatología depresiva no son exclusivas a esta población; Krebber et al. (2014) encontraron una prevalencia de entre el 8 y el 24% en depresión para pacientes con cáncer en un estudio meta-analítico. Sin embargo, de acuerdo con los resultados encontrados por Yera Rodríguez (2021), en un análisis diferencial entre pacientes con cáncer antes de la pandemia del Covid-19 y durante la misma, se encontró que las tasas de depresión aumentaron

significativamente en esta población durante la pandemia. Por otro lado, esta crisis no solo tuvo un impacto negativo sobre la salud mental de los pacientes, sino que también lo tuvo sobre los profesionales sanitarios, con una prevalencia en depresión del 22,8%, y del 23,2% para la ansiedad. Pese a estos datos, la crisis sanitaria vivida durante el Covid-19 resaltó que solo un 5% del gasto público sanitario español se dedicaba a la atención psicológica a pesar de que se experimentaba un aumento de concienciación sobre la salud mental y demanda de los servicios psicológicos (March Cerdá, 2021; Robles-Sánchez, 2021).

Esto pone de manifiesto que, con una sociedad en constante envejecimiento, que requiere cuidados médicos y acompañamiento, y con el foco en la salud mental siendo cada vez más prominente, las labores sanitarias van siendo más y más importantes en nuestra sociedad.

Por otro lado, paralelo al aumento de la tasa de envejecimiento y la exacerbación de problemas de salud mental debido a la situación de crisis (Docampo Iglesia, 2022), se produce en España —y otros países occidentales—, un fenómeno que coloca todavía más peso y responsabilidades sobre los profesionales de la salud. Este es el fenómeno de la medicalización de la muerte, el cual se fundamenta en cómo la muerte se ha convertido en tabú para las culturas de occidente debido a los avances biotecnológicos que han permitido alargar la vida. De este modo, la muerte ha dejado de ser un proceso natural por el que pasa todo ser vivo para transformarse en un problema de carácter sanitario. Esto se traduce principalmente en que la muerte se reserva a determinados contextos, externos al día a día o apartados de los centros de las grandes ciudades, como son los cementerios, funerarias u hospitales (García-Avendaño et al., 2018). A pesar de que la mayoría de las personas prefiere morir en casa, la muerte sucede cada vez más en contextos hospitalarios (Cabañero-Martínez et al., 2020; Gomes et al., 2013). Esto no solo implica que las muertes se vivan de forma silenciosa, fuera de la vista general, y sustituyendo el acompañamiento de seres queridos durante esta etapa por un clima aséptico, sino que además supone un reto para el cuidador, quien asume un rol consistente en prolongar la vida, lo cual implica que el fallecimiento sea a menudo visto por los profesionales como un fracaso (García-Avendaño et al., 2018).

Ante todos los retos señalados a los que se enfrentan los profesionales de la salud, especialmente durante los últimos años, no son de extrañar los datos que señalan que un alto porcentaje de sanitarios

experimentan o han experimentado niveles de ansiedad, depresión, burnout y fatiga por compasión significativos. Especialmente, como señalábamos previamente, durante la crisis del COVID-19 (Baldonado Mosteiro, 2019; Caravaca-Sanchez et al., 2019; de Juan Pérez et al., 2021). Estos datos señalan que, si bien la labor sanitaria es dura para el profesional, la dificultad que plantea se ha intensificado ante una etapa de crisis en la que los trabajadores han tenido que hacer frente no solo a atender una cantidad desmesurada de enfermos con respecto a los recursos disponibles (Martin-Fumadó et al., 2020), sino que además ha tenido que afrontar la muerte de un gran número de pacientes. Esta situación pone el foco sobre dos constructos que han impactado el desempeño de los profesionales. Estos son las actitudes ante la muerte y las estrategias de afrontamiento.

## **1.2. Actitudes hacia la muerte.**

Entendiendo las actitudes como la predisposición de las personas a través de un proceso de aprendizaje que lleva a las personas a actuar de determinadas formas, y con elementos emocionales, cognitivos y conductuales (Martínez-Heredia, 2021), podemos definir las actitudes hacia la muerte como los sentimientos, pensamientos y conductas de un individuo respecto a no solo la idea del fallecimiento propio o la muerte de otras personas, sino todo lo que involucra el proceso de la muerte (Barnett et al., 2021). Este constructo está compuesto por dos grupos de actitudes diferentes de acuerdo con Wong et al. (1994), que se subdividen en dos actitudes y tres, respectivamente. Por un lado, plantean el miedo a la muerte y la evitación de la muerte, dos actitudes que comprenden posturas negativas hacia la muerte. El miedo a la muerte involucra el contacto emocional y cognitivo con la muerte y con aquellos en el proceso de muerte. Puede ser definido por un abanico amplio de motivos personales que tienen que ver con las experiencias propias, así como con elementos de la cultura identitaria. De este modo, el miedo a la muerte puede ser propiciado por el miedo a lo que reside más allá de la muerte, la idea de la pérdida de uno mismo, o la pérdida de la oportunidad para ser redimidos, entre otras. Esta se asocia con la depresión y el distrés emocional en adultos mayores. En segundo lugar, encontramos la evitación de la muerte. Esta comprende

los intentos de evitar pensar en todo aquello relacionado con la muerte. Se asocia al distrés psicológico y a la depresión en adultos de mediana edad y mayores (Barnett et al., 2021; Wong et al., 1994).

Las tres actitudes restantes tienen que ver con la aceptación de la muerte y con la resignación ante la muerte, entendiéndola como algo inevitable, y aceptándola. De estas, primero definen la aceptación neutral. Si bien implica la no-bienvenida a la muerte, también implica la ausencia de temor por la llegada de la misma, consistiendo más bien en asumir que es un aspecto de la vida. La persona en aceptación neutral asume esto e intenta sacarle el máximo provecho a su vida, entendiendo que es finita. Se asocia positivamente con el bienestar subjetivo y negativamente con la depresión, especialmente en jóvenes adultos y en aquellos de mediana edad. Después definen la aceptación de acercamiento. Implica la creencia de que tras la muerte hay un más allá feliz. Las personas religiosas han mostrado en varios estudios tener creencias sobre que hay algo tras la muerte, y por tanto temerla menos. Estos resultados también se han encontrado en personas con creencias firmes de que no hay nada tras la muerte. En contraste, aquellas personas que presentan dudas o incertidumbre tienen mayor miedo a la muerte. Se encontró que la aceptación de acercamiento se asociaba también al bienestar subjetivo, pero solo en adultos mayores. Por último, la aceptación de escape, que se define entorno a la idea de que, cuando la vida es dolorosa, y la persona sufre, se puede percibir la muerte como una salida o escape. Se asocia al bienestar físico reducido, especialmente en jóvenes adultos con dolor y enfermedades, quienes anhelan escapar del sufrimiento que esto supone (Wong et al., 1994).

Los profesionales de la salud tienen que afrontar la defunción o el proceso de muerte de sus pacientes con frecuencia. Sus creencias sobre la muerte y cómo se relacionen con esta impactará cómo trabajan con enfermos que estén en etapas de final de vida o el fallecimiento de estos. Cooper y Barnett (2005) encuentran que, si bien el vínculo con el paciente es un aspecto importante y gratificante de la profesión, este también le expone a un gran distrés cuando la persona a la que cuida fallece. Las actitudes que el profesional tenga hacia la muerte impactan su salud mental, existiendo una relación estrecha entre actitudes negativas y burnout y fatiga por compasión (Enea et al., 2021; Milligan & Almomani, 2020). Por otro lado, debemos destacar que la percepción y actitudes negativas ante la muerte en el profesional



también dificultan que este pueda proporcionar buenos servicios y atender las necesidades del paciente, ya que acaban recurriendo a menudo a estrategias de evitación, desconexión emocional y delegación de las responsabilidades (Puente-Fernández et al., 2020).

### **1.3. Estrategias de afrontamiento**

Las Estrategias de afrontamiento son definidas por Lazarus y Folkman (citado en Carver, 2013) entorno a la existencia de un estresor. Establecen que, cuando una persona afronta un evento que evalúa como estresante, pone en marcha esfuerzos para prevenir sufrir daños, amenazas o pérdidas, o al menos disminuir los mismos, reduciendo así el estrés que supone dicho evento. Estos esfuerzos son lo que ellos definen como estrategias de afrontamiento, y las dividen etimológicamente bajo dos estilos o tipos: Las estrategias centradas en el problema, que son aquellas en las que el sujeto pone conductas en marcha para intentar solucionar el problema o cambiar el impacto del estresor. Por ejemplo, una persona que se encuentra mal y acude al médico; por el contrario, las estrategias centradas en la emoción son aquellas con las que la persona trata de disminuir el impacto emocional negativo. Este último comprende un rango más amplio de acciones, entre las que se podría encontrar el desahogo, calmarse a uno mismo, rumiar o incluso evadirse (Carver, 2013; Huang et al., 2020).

En el ámbito sanitario, las estrategias de afrontamiento muestran tener un impacto similar al de las actitudes ante la muerte tanto en el cuidado del paciente como en el bienestar del profesional; aquellos profesionales que utilizan estrategias centradas en el problema tienen mejores expectativas y actitud sobre el futuro, mientras que los cuidadores evitativos —o con estrategias centradas en la emoción— tienden a sufrir estrés, fatiga por compasión y carga del cuidador. Asimismo, el uso de estrategias centradas en el problema o centradas en la emoción por parte del sanitario, impacta los síntomas físicos y emocionales, como la depresión, del paciente, y cómo este lidia con ellos (Harding et al., 2003; Hoerger et al., 2018; Kim et al., 2014; Perez-Ordóñez et al., 2016; Yang & Kim, 2016). Además, Jang et al. (2019) señalan que el uso por parte de sanitarios de estrategias centradas en el problema correlaciona positivamente con la felicidad

subjetiva y satisfacción con la vida, mientras que el uso de estrategias centradas en la emoción correlaciona de forma negativa.

Ante lo expuesto sobre estos dos constructos, cobra relevancia cómo Cybulska et al. (2022) señalan que la resiliencia — entendida como “la capacidad de adaptarse positivamente al estrés” (Arrogante et al., 2015, p. 3)— podría ser clave para el desempeño profesional en sanitarios, en cuanto a que se relaciona con las competencias emocionales para gestionar los sentimientos que pueden suscitar la muerte de los pacientes, así como las ideas que se tenga sobre la muerte en general. Relacionando esta idea con el estudio presente, Powell et al. (2020), encuadran la resiliencia en cuidados paliativos como un constructo compuesto por la exposición al estrés y la muerte y las estrategias de afrontamiento entre otros, y añade que la resiliencia permite que el sanitario se quede en la profesión durante más tiempo, y tenga una mejor calidad de vida mientras ejerce.

De esta forma, se presenta como relevante estudiar en mayor profundidad las actitudes hacia la muerte y las estrategias de afrontamiento, y explorar el impacto que se ha encontrado en la literatura entre estas y el desempeño profesional del personal sanitario. Asimismo, surge la cuestión de qué factores se relacionan positivamente con estos constructos, facilitando que se potencie la resiliencia en el personal sanitario. Entre los factores encontrados, la literatura señala, por un lado, que hay una carencia formativa en aspectos relacionados con la muerte, por lo que se estiman como relevantes programas de intervención para cambiar sus actitudes y proveer al personal de mejores estrategias con las que la afrontan (Castro et al., 2022), y, por otro lado, que una mayor experiencia laboral podría tener un impacto positivo en cómo el sanitario lidia con la muerte del paciente y el tipo de estrategias que emplea. Sin embargo, a lo largo de la bibliografía, se han encontrado resultados inconsistentes. Por un lado, la investigación de Cybulska et al. (2022) concluye que hay una baja relación entre la experiencia laboral y algunas actitudes hacia la muerte como la de aceptación de escape, y Zyga et al. (2016) encontraron que las enfermeras con mayor experiencia escogen estrategias de afrontamiento centradas en la emoción —concretamente evitación y escape—. En contraposición, las investigaciones de Gama et al. (2013) y Maria et al. (2011) expresan que hay relación entre los años de experiencia y tener mejores actitudes hacia la muerte y estrategias de

afrontamiento más flexibles. Además, la literatura señala que, a mayor experiencia laboral, menor es la probabilidad de padecer fatiga por compasión (Xie et al., 2021), y que las estrategias centradas en la emoción son el factor con mayor asociación a la fatiga por compasión, mientras que las estrategias centradas en el problema son efectivas para superarla (Jang et al., 2019), lo cual se alinea con el supuesto de que los profesionales con más años de ejercicio profesional escogen más estrategias centradas en el problema que en la emoción.

En base a lo expuesto a lo largo de la introducción, este trabajo busca en última instancia mejorar el bienestar de esta población tan sobrecargada laboralmente. Los datos de prevalencia de depresión y ansiedad entre otros evidencian que esta población está sufriendo. Como profesionales de la salud mental quizás no podamos hacer mucho por los cambios estructurales necesarios para que los profesionales de la salud tengan una carga laboral más leve, pero sí es nuestra responsabilidad buscar formas de paliar su sufrimiento, buscando factores de protección para los factores de riesgo señalados. La respuesta que este estudio propone plantea, por un lado, estudiar más de cerca las estrategias de afrontamiento y actitudes ante la muerte, ya que parecen ser clave en cómo los sanitarios afrontan sus labores, así como el fallecimiento de los pacientes con los que trabajan. Además, la literatura señala varios paralelismos existentes entre estas. Por otro lado, comprobar si estos dos factores mejoran con la práctica profesional. Esto último sería relevante porque, de ser así, pondría el foco en cómo generar programas de intervención que enseñen a los profesionales novatos aquello que la experiencia ha enseñado ya a los más curtidos.

#### **1.4. Objetivos**

De este modo, teniendo en cuenta que no se puede controlar factores súbitos como los de la crisis pandémica del Covid-19, así como el clima económico en el que se desarrollan las competencias sanitarias, que puede suponer, como se ha señalado con anterioridad, un detrimento para el desempeño profesional, esta investigación se plantea los siguientes objetivos:

1. Evaluar si hay relación entre las estrategias de afrontamiento y actitudes ante la muerte en el personal sanitario.

2. Estudiar si las estrategias de afrontamiento y actitudes ante la muerte varían en función de los años de ejercicio sanitario para el personal sanitario.

Buscando respuesta a estos objetivos, se pretende entender mejor qué factores se relacionan con estos constructos que la literatura conecta con la resiliencia en los profesionales de la salud, sobre lo cual sí se puede generar impacto, como se ha indicado previamente, a través de formaciones y programas de intervención.

### **1.5. Hipótesis**

En base a la literatura mencionada, las hipótesis planteadas fueron las siguientes: Por un lado, debido al impacto similar que tienen en el ejercicio profesional, se hipotetizó que existiría una correlación positiva entre las actitudes centradas en la emoción, el miedo a la muerte y la evitación a la muerte (H1). Por otro lado, que existiría una correlación positiva entre las estrategias centradas en el problema y las actitudes de aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape (H2).

Paralelamente, se hipotetizó que las personas con menos años trabajando como sanitarias tenderían a presentar estrategias centradas en la emoción y actitudes de miedo y evitación ante la muerte (H3), mientras que aquellas con mayor tiempo de ejercicio profesional presentarían estrategias centradas en el problema y actitudes de aceptación ante la muerte (H4).

## **2. Materiales y método**

### **2.1. Diseño**

El estudio se llevó a cabo utilizando un diseño de investigación cuantitativo, correlacional y transversal.

Los datos de la muestra fueron recogidos a través de un formulario online en un único momento temporal, siendo este de febrero a marzo de 2022. Este formulario estuvo compuesto por un cuestionario

a través del cual se recogió información relevante para la investigación sobre el participante, así como por instrumentos psicométricos estandarizados y validados para la población estudiada.

## 2.2. Muestra

Para recoger la muestra de la investigación, se obtuvieron participantes contactando con distintos colegios de profesionales de varias comunidades autónomas de España. Por otro lado, también se contactó con profesionales en activo a través de plataformas como LinkedIn, así como con personal conocido por el equipo investigador, donde se utilizó el muestreo por conveniencia.

Tras contactar a la muestra, se solicitó que esta rellenase el formulario y reclutase a nuevos participantes entre sus círculos para obtener una muestra lo más grande posible, utilizando así el muestreo de bola de nieve también.

De este modo, se consiguió una muestra de 53 participantes, de la cual se excluyó a una persona por no conceder el consentimiento de participación. Así, la muestra final de la investigación se compuso de un total de 52 participantes. De entre estos, 37 fueron mujeres (71,1%), y 15 fueron hombres (28,8%).

Como se puede apreciar en la tabla 1, pese a que la intención fue poder recoger una muestra representativa de las profesiones sanitarias, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por enfermeros (53,8%), seguida de psicólogos (17,3%) y médicos (15,3%).

**Tabla 1.**

*Distribución de la muestra para profesión, años de experiencia y formación académica (N=52).*

| <b>Profesión</b>       | <b>N</b> | <b>%</b> |
|------------------------|----------|----------|
| Auxiliar de enfermería | 2        | 3,8%     |
| Enfermero              | 28       | 53,8%    |
| Médico                 | 8        | 15,3%    |
| Psicólogo              | 9        | 17,3%    |

|   |    |       |
|---|----|-------|
| Otros: coordinador de residencias de mayores, diplomatura, director y TASOC | 5  | 9,6%  |
| <b>Años de experiencia</b>  |    |       |
| Menos de 5 años   | 16 | 30,7% |
| 5 – 10 años   | 8  | 15,3% |
| 10 – 15 años  | 8  | 15,3% |
| 15 – 20 años  | 8  | 15,3% |
| Más de 20 años  | 12 | 23%   |
| <b>Formación Académica</b>  |    |       |
| Formación profesional   | 4  | 7,7%  |
| Grado/licenciatura  | 29 | 55,7% |
| Máster  | 15 | 28,8% |

*Nota.* N = tamaño de la muestra; TASOC = técnico superior de animación sociocultural.

Por otro lado, para facilitar los análisis estadísticos debido al limitado tamaño muestral, se optó por aglomerar la muestra en dos grupos; menos de 10 años de experiencia, compuesto por un total de 24 personas (46,1% de la muestra), y más de 10 años de experiencia, recogiendo a 28 personas (53,8% del total).

Dentro de la muestra a la que se le solicitó rellenar el formulario, se seleccionó a aquellos trabajadores que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Firmar el consentimiento de uso de la información cumplimentada, y completar el formulario en su totalidad.
2. Encontrarse trabajando en la actualidad en un centro sanitario público o privado, con pacientes paliativos, crónicos o en etapas de fin de vida.

Criterios de exclusión:

1. Que el participante se encuentre trabajando dentro del periodo de prácticas, rotación o en funciones académicas dentro del centro sanitario.

### 2.3. Instrumentos

Con el objetivo de comprobar las hipótesis planteadas previamente, en este estudio se utilizó la versión traducida al castellano del cuestionario *Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R)* de Wong et al. (1994), llevado a cabo por Neimeyer (1997), así como la *Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R)* de Lazarus y Folkman (1984), y un cuestionario generado *ad-hoc* (ver Anexo 1) en el que se recogieron datos de los participantes como la edad, años de experiencia, nivel formativo, etc.

El PAM-R es una revisión del PAM (*Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte*), que desarrolla Gesser et al. (1988) (Citado en Abengózar et al., 1999) (ver Anexo 2). La versión revisada se compone de 32 ítems que responden a 5 dimensiones o factores distintos de las actitudes hacia la muerte: 1) miedo a la muerte; 2) evitación de la muerte; 3) aceptación neutral; 4) aceptación de acercamiento y 5) aceptación de escape. Los ítems se contestan a través de una respuesta tipo Likert de 7 puntos, y la escala permite obtener una puntuación para cada dimensión.

Esta escala fue validada para la población española por Río-Valle (2007), quien refiere unos resultados de fiabilidad en conjunto entre buena y muy buena al encontrar un  $\alpha$  de Cronbach de 0,69 (aceptación neutral); 0,83 (miedo a la muerte); 0,81 (aceptación de escape); 0,90 (evitación de la muerte) y 0,93 (aceptación de acercamiento).

El WOC-R, o *Escala de Modos de Afrontamiento Revisada* se trata de una versión revisada de la escala WCCL o Ways of Coping Checklist de Folkman y Lazarus (1980) (Citado en Crespo López & Cruzado Rodríguez, 1997) (ver Anexo 3). Está compuesta por 66 ítems con respuesta tipo Likert de cuatro puntos. El cuestionario permite obtener una puntuación total o puntuaciones para cada escala. Las dimensiones que evalúa este cuestionario son 8: 1) confrontación; 2) distanciamiento; 3) autocontrol; 4) búsqueda de apoyo social; 5) aceptación de responsabilidad; 6) escape-evitación; 7) planificación de solución de problemas; y 8) reevaluación positiva. De entre estas dimensiones, confrontación y planificación de solución de problemas (1 y 7) refieren las estrategias centradas en el problema; distanciamiento, autocontrol,

aceptación de responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva (1, 3, 5, 6 y 8) aquellas centradas en las emociones, y finalmente, búsqueda de apoyo social (4) combina ambos tipos de estrategias o funciones.

La fiabilidad de este cuestionario posee una consistencia interna que oscila entre los valores 0,61 y 0,79 (Ferraz Mesa, 2020).

#### **2.4. Procedimiento**

Para poder llegar a toda la muestra contactada para el estudio de forma óptima, y realizar una aplicación eficiente de los cuestionarios utilizados en la investigación, se optó por generar un formulario a través de la plataforma *Google Forms*. En este se incluyó el consentimiento informado (ver Anexo 4), así como un cuestionario de variables sociodemográficas (en el que, como se indicaba anteriormente, se recogieron variables de interés como la edad, sexo, años de profesión, etc. De los participantes), y los cuestionarios previamente mencionados (PAM-R y WOC-R).

Tras la creación del formulario, se difundió a través de redes sociales (*LinkedIn* y *Twitter*) tanto de forma directa a profesionales pidiendo su colaboración, como mediante publicaciones. Paralelamente, se contactó vía email con diferentes colegios de profesiones sanitarias, así como con residencias de mayores de diversas comunidades autónomas e instituciones, como la Asociación Española de Psicogerontología (AEPG), quienes ayudaron con la difusión del formulario a través de su página web. Además de lo anterior, se contactó, tal y como se ha indicado previamente, con personal sanitario conocido por el equipo investigador para solicitar la cumplimentación y difusión del formulario. En las publicaciones y mensajes enviados se exponía la finalidad de la investigación y el anonimato y confidencialidad con el que se tratarían los datos. Además, se utilizó como aliciente para la participación la posibilidad de inscribirse para recibir una sesión gratuita de mindfulness.



De entre toda la muestra contactada, solo una rechazó dar su consentimiento para participar en el estudio, quien fue excluida de la muestra. Tras esto, se revisó que el resto de usuarios cumplían con los criterios de inclusión, y se procedió al análisis de los datos obtenidos.

## 2.5. Análisis estadístico

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el programa *JAMOVI* en su versión 2.3.21. A este se importaron los resultados obtenidos en la hoja de cálculos que se generó de forma automática en *Google Drive* con las respuestas de los participantes ante los distintos ítems, las cuales tuvieron que ser estandarizadas para poder ser utilizados en el test PAM-R —donde se cambiaron los valores de la escala tipo Likert, que estaban escritos en términos del tipo *bastante de acuerdo, completamente en desacuerdo*, etc. Por valores numéricos— y la medición de los años de experiencia de laboral para los cuales se aglutinó la información a “menos de 10 años” y “más de 10 años”. Para todos los análisis llevados a cabo durante la investigación, se utilizó un nivel de confianza del 95%, que corresponde con un nivel de significación de  $\alpha=0.05$ .

Tras esto, se corrigieron los cuestionarios, y extrajeron los análisis descriptivos para las 5 subescalas del *Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte Revisado* (PAM-R), así como para las 8 subescalas y los 2 factores de la *Escala de Modos de Afrontamiento Revisada* (WOC-R), de los que se obtuvieron la media, el valor mínimo, el valor máximo y la desviación estándar.

Cabe destacar que para el cálculo estadístico del WOC-R se excluyeron algunos ítems en la corrección siguiendo a Folkman et al. (1986) , ya que la carga factorial no se encontró significativa para estos. Los ítems excluidos fueron los siguientes: 2, 3, 4, 5, 18, 24, 27, 32, 37, 53, 55, 57, 61, 62, 65 y 66.

Después de obtener los análisis descriptivos, se utilizó la prueba Shapiro-Wilk para calcular la normalidad de la distribución de la muestra (ver Anexo 5). Se utilizó esta prueba pese a que la muestra estaba compuesta por 52 sujetos porque no diverge lo suficiente de 50, siendo todavía apta para su uso, como indican otros estudios (Sachse et al., 1999). Esta prueba se realizó para los 2 factores del WOC-R y las

5 subescalas del PAM-R. Asimismo, se acompañaron estos resultados de gráficos Q-Q para apreciar la distribución de la muestra visualmente (ver Anexo 6).

Debido a que, si bien el supuesto de normalidad se cumplió para los 2 factores del WOC-R ( $p > 0.05$ ) (Anexo 5) (valor  $p$  de Shapiro-Wilk de 0.075 en estrategias centradas en el problema, y 0.565 para estrategias centradas en la emoción), no se encontró normalidad en los resultados del test PAM-R ( $p < 0.05$ ) (0.016, 0.003,  $< .001$ ,  $< .001$  y 0.002 para aceptación de escape, aceptación de acercamiento, aceptación neutral, evitación de la muerte y miedo a la muerte respectivamente para la  $p$  de Shapiro-Wilk), se utilizó la prueba no paramétrica de correlación de Spearman para calcular la correlación entre los constructos que se quería medir para responder a las hipótesis planteadas.

Finalmente, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar si se cumplían la H3 y H4.

### 3. Resultados

Los resultados para las ocho subescalas del WOC-R (tabla 2) señalan que la muestra observada puntuó más alto para la subescala planificación de solución de problemas (media 1.72), siendo esta una estrategia centrada en el problema. Los resultados para esta subescala señalan que la muestra afronta los problemas a través del desarrollo de planes, generación de alternativas, y el esfuerzo. Por otro lado, la subescala con menor puntuación fue escape-evitación (media 1.02), perteneciendo esta a las estrategias centradas en la emoción. Esta subescala hace referencia a la tendencia a afrontar los problemas a través del consumo de drogas, medicamentos, tabaco, comida, etc., durmiendo, o la negación de lo ocurrido (Folkman et al., 1986). Las subescalas restantes poseen puntuaciones media similares entre sí, que fluctúan entre 1.33 y 1.52.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos para las 8 subescalas del WOC-R (N=52)*

|       | Reev. | Plan. | Escape | Respon. | Apoyo | Autoc. | Distan. | Confront. |
|-------|-------|-------|--------|---------|-------|--------|---------|-----------|
| Media | 1.52  | 1.72  | 1.02   | 1.37    | 1.52  | 1.54   | 1.33    | 1.33      |

*Estadísticos descriptivos para las 8 subescalas del WOC-R (N=52)*

|                     | <b>Reev.</b> | <b>Plan.</b> | <b>Escape</b> | <b>Respon.</b> | <b>Apoyo</b> | <b>Autoc.</b> | <b>Distan.</b> | <b>Confront.</b> |
|---------------------|--------------|--------------|---------------|----------------|--------------|---------------|----------------|------------------|
| Desviación estándar | 0.696        | 0.708        | 0.715         | 0.607          | 0.624        | 0.553         | 0.609          | 0.570            |
| Mínimo              | 0.00         | 0.00         | 0.00          | 0.00           | 0.00         | 0.00          | 0.00           | 0.00             |
| Máximo              | 2.86         | 3.00         | 2.50          | 2.75           | 2.67         | 2.71          | 2.67           | 2.50             |

*Nota.* Reev. = reevaluación positiva; Plan. = planificación de solución de problemas; Escape = escape-avoidance; Respon. = aceptación de responsabilidad; Apoyo = búsqueda de apoyo social; Autoc. = autocontrol; Distan. = distanciamiento; Confront. = confrontación.

Por otro lado, atendiendo a los resultados para los factores o estrategias que permite obtener el WOC-R (tabla 3), se encuentra que la muestra sanitaria emplea más estrategias centradas en el problema (media=1.52) que aquellas centradas en la emoción (1.38). Estos resultados se podrían interpretar como positivos, ya que el uso de estrategias predominantemente centradas en el problema es un factor de protección de acuerdo con la literatura (Jang et al., 2019; Yang & Kim, 2016).

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de los tipos de estrategia obtenidas con el WOC-R (N=52)*

|                     | <b>Estrategias centradas en el problema</b> | <b>Estrategias centradas en la emoción</b> |
|---------------------|---|--|
| Media               | 1.52  | 1.38                                       |
| Desviación estándar | 0.562                                       | 0.493                                      |
| Mínimo              | 0.00  | 0.00                                       |
| Máximo              | 2.42  | 2.25                                       |

Respecto a las actitudes hacia la muerte (tabla 4), los resultados muestran que la actitud de aceptación neutral es la que más presenta de media la muestra estudiada (4.32), que se despena del resto de puntuaciones por un total de casi 2 puntos. Mientras tanto, la actitud con la media más pequeña es la de evitación de la muerte (1.96). Este resultado concuerda con los de la puntuación más baja para el WOC-R, la subescala escape-avoidance, ya que indica que la muestra no tiende a evitar las situaciones relacionadas

con la muerte, mientras que la del WOC-R indica lo mismo, pero en relación a estresores. Finalmente, las tres actitudes restantes muestran puntuaciones cercanas entre sí.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la muerte obtenidas con el PAM-R (N=52)*

|                     | <b>Miedo a la muerte</b> | <b>Evitación de la muerte</b> | <b>Aceptación neutral</b> | <b>Aceptación de acercamiento</b> | <b>Aceptación de escape</b> |
|---------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Media               | 2.33                     | 1.96                          | 4.32                      | 2.27                              | 2.38                        |
| Desviación estándar | 1.71                     | 1.56                          | 1.38                      | 1.77                              | 1.63                        |
| Mínimo              | 0.00                     | 0.00                          | 0.600                     | 0.00                              | 0.00                        |
| Máximo              | 5.67                     | 5.50                          | 6.00                      | 6.00                              | 6.00                        |

A continuación, atendiendo a la tabla 5, se encontró que existen correlaciones entre miedo a la muerte y evitación de la muerte, así como una correlación negativa entre evitación de la muerte y aceptación neutral. Estos resultados entran dentro de lo esperable, ya que las dos primeras miden actitudes ante la muerte, y las dos segundas miden aproximaciones opuestas hacia la muerte; la primera desde la evitación, y la segunda desde la aceptación. Por otra parte, también existió una fuerte correlación entre estrategias centradas en la emoción y aquellas centradas en el problema. Esto podría explicarse debido a que ambas son formas de hacer frente a estresores. Finalmente, de cara a las correlaciones que se esperaba encontrar en base a las hipótesis establecidas, solo se encontró una correlación estadísticamente significativa entre estrategias centradas en el problema y miedo a la muerte. Esta correlación es negativa, por lo que se encuentra que los pacientes que obtuvieron puntuaciones altas en estrategias centradas en el problema puntuaron bajo para miedo a la muerte. Este resultado indica que aquellos sanitarios que tienden a afrontar los problemas y no evitarlos, tienen menos miedo a relacionarse cognitiva y emocionalmente con el proceso de muerte.

**Tabla 5**

*Matriz de correlaciones utilizando el coeficiente de correlación de Spearman entre las 5 dimensiones que mide el PAM-R y los 2 factores de estrategias de afrontamiento que mide el WOC-R*

|        |                 | <b>A.E.</b> | <b>A.A.</b> | <b>A.N.</b> | <b>E.M.</b> | <b>M.M.</b> | <b>E.C.P.</b> | <b>E.C.E</b> |
|--------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| A.E.   | Rho de Spearman | —           |             |             |             |             |               |              |
|        | valor p         | —           |             |             |             |             |               |              |
| A.A.   | Rho de Spearman | 0.110       | —           |             |             |             |               |              |
|        | valor p         | 0.437       | —           |             |             |             |               |              |
| A.N.   | Rho de Spearman | -0.012      | -0.081      | —           |             |             |               |              |
|        | valor p         | 0.931       | 0.567       | —           |             |             |               |              |
| E.M.   | Rho de Spearman | 0.239       | 0.144       | -0.290 *    | —           |             |               |              |
|        | valor p         | 0.088       | 0.307       | 0.037       | —           |             |               |              |
| M.M.   | Rho de Spearman | 0.166       | 0.187       | -0.239      | 0.640 ***   | —           |               |              |
|        | valor p         | 0.239       | 0.185       | 0.088       | < .001      | —           |               |              |
| E.C.P. | Rho de Spearman | -0.070      | 0.001       | 0.167       | -0.365 **   | -0.110      | —             |              |
|        | valor p         | 0.621       | 0.995       | 0.235       | 0.008       | 0.436       | —             |              |
| E.C.E. | Rho de Spearman | 0.076       | 0.098       | -0.051      | -0.134      | -0.082      | 0.716 ***     | —            |
|        | valor p         | 0.590       | 0.492       | 0.717       | 0.345       | 0.564       | < .001        | —            |

*Nota.* A.E. = aceptación de escape; A.A. = aceptación de acercamiento; A.N. = aceptación neutral; E.M. = evitación de la muerte; M.M. = miedo a la muerte; E.C.P. = estrategias centradas en el problema; E.C.E. = Estrategias centradas en la emoción. Rho de Spearman = valor del coeficiente de correlación de Spearman, valor p = nivel de significación bilateral. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Tras esto, en la tabla 6, se recogen los estadísticos descriptivos para las variables que se pretendía observar en la H3, atendiendo a las diferencias en puntuación para miedo a la muerte, evitación de la muerte y estrategias centradas en la emoción entre el grupo de menos de 10 años de experiencia y el de más de 10 años. De este modo, se puede apreciar que la media para el grupo de menos de 10 años es más alta para las actitudes, teniendo más miedo, y evitando más todo lo relacionado con el proceso de muerte que los sanitarios con más experiencia. Sin embargo, esto no se encontró para las estrategias centradas en la emoción, donde puntuó más alto de media el grupo de más de 10 años de experiencia. Estas diferencias en puntuación se pueden apreciar visualmente en las figuras 1, 2 y 3.

**Tabla 6**

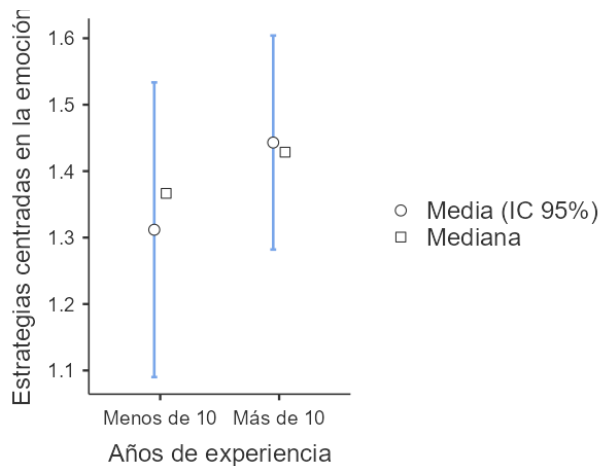
*Estadísticos descriptivos para los grupos de menos y más de 10 años de experiencia en las estrategias centradas en la emoción, miedo a la muerte y evitación de la muerte*

|                                     | Grupo            | N  | Media | Mediana | DE    | EE     |
|-------------------------------------|------------------|----|-------|---------|-------|--------|
| Estrategias centradas en la emoción | Menos de 10 años | 24 | 1.31  | 1.37    | 0.554 | 0.113  |
|                                     | Más de 10 años   | 28 | 1.44  | 1.43    | 0.435 | 0.0822 |
| Miedo a la muerte                   | Menos de 10 años | 24 | 2.40  | 1.92    | 1.755 | 0.358  |
|                                     | Más de 10 años   | 28 | 2.27  | 1.83    | 1.693 | 0.3199 |
| Evitación de la muerte              | Menos de 10 años | 24 | 2.03  | 1.50    | 1.537 | 0.314  |
|                                     | Más de 10 años   | 28 | 1.89  | 1.33    | 1.609 | 0.3041 |

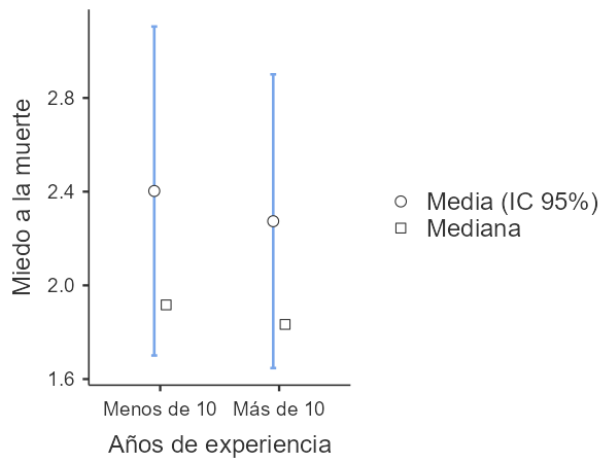
*Nota.* N = tamaño de la muestra; DE = desviación estándar; EE = error estándar de la media.

**Figura 1**

*Puntuaciones en estrategias centradas en la emoción del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*

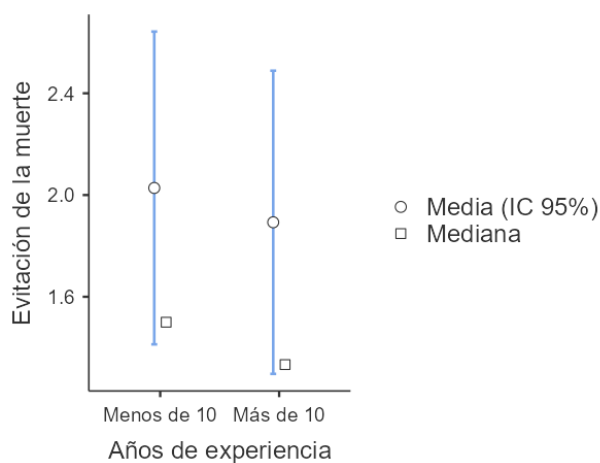
**Figura 2**

*Puntuaciones en miedo a la muerte del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*



**Figura 3**

*Puntuaciones en evitación de la muerte del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*



Tras disponer de los estadísticos descriptivos, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar si las diferencias encontradas entre los grupos eran significativas. Atendiendo a la tabla 7, los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas entre estos para ninguna dimensión.

**Tabla 7**

*Resultados del estadístico U de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos en evitación de la muerte, miedo a la muerte y estrategias centradas en la emoción*

|                        |                   | Estadístico | p     |
|------------------------|-------------------|-------------|-------|
| Evitación de la muerte | U de Mann-Whitney | 306         | 0.587 |
| Miedo a la muerte      | U de Mann-Whitney | 318         | 0.748 |

*Resultados del estadístico U de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos en evitación de la muerte, miedo a la muerte y estrategias centradas en la emoción*

|                                     |                   | <b>Estadístico</b> | <b>p</b> |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------|----------|
| Estrategias centradas en la emoción | U de Mann-Whitney | 293                | 0.430    |

*Nota.* p = nivel de significación bilateral.  $H_a \mu_{\text{Menos de 10}} \neq \mu_{\text{Más de 10}}$

Paralelamente, se recogieron los estadísticos descriptivos para comparar las medias de la H4, observando las estrategias centradas en el problema, la aceptación neutral, la aceptación de acercamiento y la aceptación de escape para los dos grupos. Atendiendo a los resultados, se puede observar una mayor puntuación para las estrategias centradas en el problema y la aceptación neutral en el grupo con más experiencia. Por otro lado, de cara a las subescalas aceptación de acercamiento y aceptación de escape, se pueden observar mayores puntuaciones de media por parte del grupo con menos experiencia. Esto apunta a que los profesionales de la muestra con menos experiencia presentan menos incertidumbre sobre lo que acontece tras la muerte y la piensan más en ella como una posible salida al sufrimiento. Estas diferencias se pueden apreciar visualmente en las figuras 4, 5, 6 y 7.

**Tabla 8**

*Estadísticos descriptivos para los grupos de menos y más de 10 años de experiencia en las estrategias centradas en el problema, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape*

|                                      | <b>Grupo</b>     | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Mediana</b> | <b>DE</b> | <b>EE</b> |
|--------------------------------------|------------------|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|
| Estrategias centradas en el problema | Menos de 10 años | 24       | 1.45         | 1.54           | 0.656     | 0.134     |
|                                      | Más de 10 años   | 28       | 1.59         | 1.67           | 0.471     | 0.0890    |
| Aceptación neutral                   | Menos de 10 años | 24       | 3.92         | 4.40           | 1.652     | 0.337     |
|                                      | Más de 10 años   | 28       | 4.67         | 4.80           | 1.010     | 0.1909    |
| Aceptación de acercamiento           | Menos de 10 años | 24       | 2.73         | 2.90           | 1.654     | 0.338     |
|                                      | Más de 10 años   | 28       | 1.87         | 1.45           | 1.801     | 0.3404    |
| Aceptación de escape                 | Menos de 10 años | 24       | 2.70         | 2.50           | 1.639     | 0.334     |



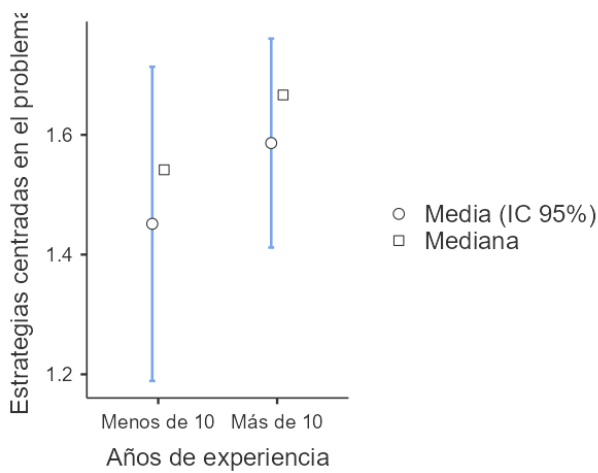
*Estadísticos descriptivos para los grupos de menos y más de 10 años de experiencia en las estrategias centradas en el problema, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape*

| Grupo          | N  | Media | Mediana | DE    | EE     |
|----------------|----|-------|---------|-------|--------|
| Más de 10 años | 28 | 2.11  | 1.80    | 1.602 | 0.3028 |

*Nota.* N = tamaño de la muestra DE = desviación estándar; EE = error estándar de la media.

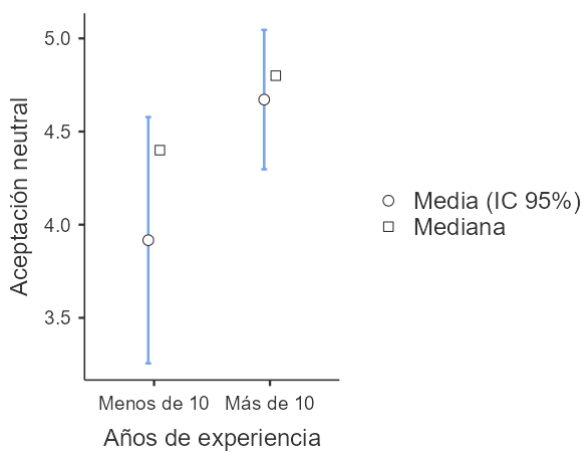
**Figura 4**

*Puntuaciones en estrategias centradas en el problema del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*



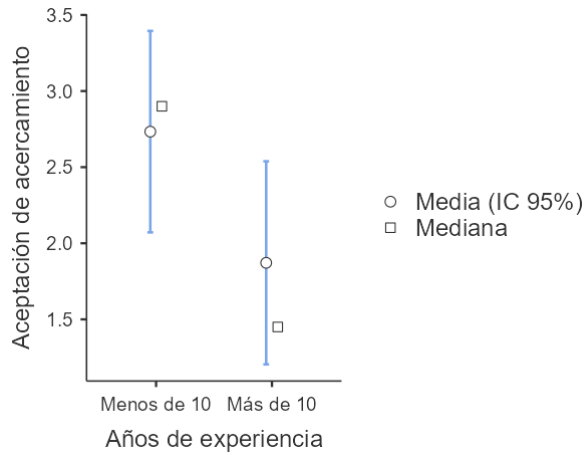
**Figura 5**

*Puntuaciones en aceptación neutral del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*



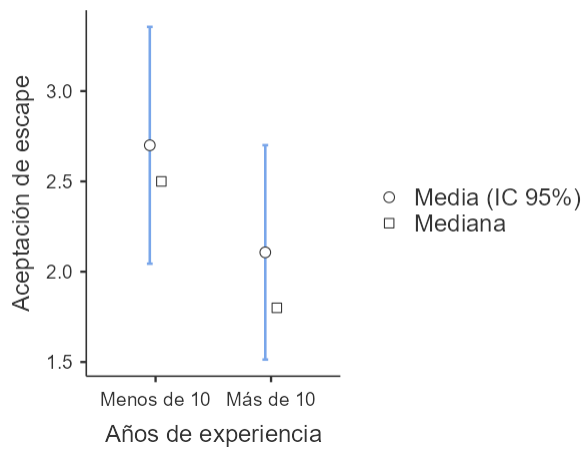
**Figura 6**

*Puntuaciones en aceptación de acercamiento del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*



**Figura 7**

*Puntuaciones en aceptación de escape del grupo de menos y más de 10 años de experiencia*



Finalmente, en la tabla 9 se muestran los resultados de la prueba U de Mann-Whitney para estas dimensiones. En esta, se encuentra que las diferencias entre los grupos observadas para la subescala aceptación de acercamiento son significativas ( $p=0.035$ ;  $p<0.05$ ). En contraposición, atendiendo al resto de dimensiones, comprobamos que no hay diferencias significativas entre los dos grupos estudiados.

**Tabla 9**

*Resultados del estadístico U de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos en aceptación de escape, aceptación de acercamiento, aceptación neutral y estrategias centradas en el problema*

|                                      |                   | Estadístico | p     |
|--------------------------------------|-------------------|-------------|-------|
| Aceptación de escape                 | U de Mann-Whitney | 267         | 0.204 |
| Aceptación de acercamiento           | U de Mann-Whitney | 221         | 0.035 |
| Aceptación neutral                   | U de Mann-Whitney | 255         | 0.136 |
| Estrategias centradas en el problema | U de Mann-Whitney | 297         | 0.474 |

*Nota.* p = nivel de significación bilateral.  $H_a \mu_{\text{Menos de 10}} \neq \mu_{\text{Más de 10}}$

#### 4. Discusión

Ante el creciente aumento en la carga laboral al que se enfrenta el personal sanitario, esta investigación se planteaba estudiar las variables que se relacionan con el bienestar para esta población de acuerdo con la literatura —concretamente estrategias de afrontamiento y actitudes ante la muerte—, y comprobar si existía una relación entre las mismas, así como si las estrategias de afrontamiento y actitudes ante la muerte mejoraban a medida que el personal sanitario ejercía sus labores profesionales.

Los resultados de las hipótesis de esta investigación indicaron lo siguiente:

Hipótesis 1: *“Aquellos sanitarios con unas actitudes centradas en la emoción, puntuarán alto en actitudes de miedo a la muerte y evitación de la muerte, existiendo una correlación positiva y estadísticamente significativa”.*

Para esta hipótesis, los resultados encontrados (tabla 5), muestran que no hay una correlación estadísticamente significativa entre las estrategias centradas en la emoción con ninguna de las actitudes ante la muerte planteadas.

Esta hipótesis contrasta con lo planteado por Puente-Fernández et al. (2020), según el cual el personal de enfermería con actitudes negativas ante la muerte tendía a llevar a cabo estrategias de evitación o desconexión emocional al lidiar con la muerte de pacientes, las cuales responden a estrategias centradas en la emoción. Si bien este no ha sido el resultado encontrado en el presente estudio, sí se

encontró una correlación negativa entre las estrategias centradas en el problema y la evitación de la muerte, que indicaría algo similar a lo planteado por su investigación; el personal que pone en marcha estrategias orientadas a resolver las situaciones estresantes no evita relacionarse con todo lo que involucra la muerte (actitud negativa).

Es destacable anotar que no existe una literatura amplia que relacione estos constructos entre sí (Barnett et al., 2021), por lo que es difícil trazar relaciones con otros estudios para analizar lo encontrado. Esto dificulta saber si los resultados obtenidos responden a posibles fallos en el modelo de investigación utilizado, la cantidad de muestra disponible, o si realmente lo encontrado en este estudio es representativo de la relación entre dichos constructos. Lo cierto es que no haber encontrado una correlación estadísticamente significativa entre estos parece contraintuitivo, ya que implica que no hay una relación entre estrategias como el escape-evitación, distanciamiento, o búsqueda de apoyo social con las actitudes de miedo y evitación de la muerte, que comprenden un rechazo a pensar en la muerte (en este caso, podría ser la del paciente), estar en presencia de situaciones que se relacionen con la muerte, etc., para una población que trabaja con personas al final de sus vidas. De esta forma, ambas son maneras de actuar a través de evitar estar en contacto con emociones desagradables; en el primer caso, ante problemas o situaciones amenazantes, y en el segundo ante aquello relacionado con la muerte. Otra posible explicación a estos resultados sería que, al comprender las estrategias centradas en la emoción tantas subescalas que refieren formas distintas de relacionarse con los estresores, no se ha visto una correlación significativa, pero que quizás si se hubiese estudiado la relación entre las actitudes con las distintas subescalas, sí se hubiesen encontrado unos resultados más coherentes.

Hipótesis 2: *“Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las estrategias centradas en el problema y las actitudes de aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape”.*

Los resultados encontrados para la correlación entre estos factores (tabla 5), muestran que no hay una relación estadísticamente significativa entre las estrategias centradas en el problema respecto a ninguna de las actitudes de aceptación.

Nuevamente, estos resultados podrían deberse a fallos en el diseño de la investigación. Haber utilizado los muestreos no probabilísticos de bola de nieve, así como el de conveniencia, podrían haber hecho que la muestra sea homogénea, y al ser esta además pequeña, los resultados podrían haber sido sesgados (Stratton, 2019).

La ausencia de las correlaciones esperadas implica que aquellos profesionales sanitarios con mayores estrategias orientadas a solucionar el problema o hacer que el evento estresante tenga menor impacto, no tienden a poseer creencias sobre la muerte en términos de que es un aspecto natural de la vida, que puede servir para escapar al dolor que podría acompañar a enfermedades crónicas, o que esta es la antesala a un más allá, o el final definitivo a la vida.

No obstante, es destacable indicar que, si bien a nivel cuantitativo no se han cumplido las hipótesis, esto no significa que no exista relación entre lo estudiado. Los datos cualitativos ofrecidos por las tablas 3 y 4, señalan cómo esta muestra que ha obtenido puntuaciones más altas para las estrategias centradas en el problema también ha obtenido una mayor puntuación en aceptación neutral, así como una menor puntuación en evitación de la muerte respecto al resto de subescalas del PAM-R. Estos resultados apuntan además a que los profesionales de la salud perciben la muerte como un proceso vital natural, así como a que utilizan predominantemente aquellas estrategias que se relacionan con una menor fatiga por compasión y mayor felicidad subjetiva para esta población (Jang et al., 2019; Yang & Kim, 2016).

Hipótesis 3: *“Las personas con menos años trabajando en sanidad tenderán a presentar estrategias centradas en la emoción y actitudes de miedo y evitación ante la muerte”*.

Para esta hipótesis, se encuentra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos establecidos para estas variables (tabla 7), por lo que también se rechaza la H3.

Estos resultados contrastan con lo encontrado en otras investigaciones, donde se observa una correlación entre menor experiencia laboral, y actitudes de miedo a la muerte (Hasheesh et al., 2013).

Si observamos los estadísticos descriptivos (Tabla 6), se puede observar que los resultados se orientan en la dirección esperada de forma parcial a nivel cualitativo; como se indicó en el apartado

anterior, el personal más inexperto puntuó más alto para las actitudes de miedo a la muerte y evitación de la muerte que aquel con más años de experiencia. Sin embargo, el grupo con más de 10 años de experiencia lo hizo para las estrategias centradas en la emoción, en vez del hipotetizado. Esto último se alinea con lo encontrado por Zyga et al. (2016), donde encuentran que el personal con mayor experiencia hace más uso de la evitación y el escape, que forman parte de las estrategias centradas en la emoción.

La hipótesis 4: *“Aquellas personas con mayor tiempo de ejercicio profesional presentarán estrategias centradas en el problema y actitudes de aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape”*.

Finalmente, atendiendo a la tabla 9, encontramos diferencias estadísticamente significativas para la dimensión aceptación de acercamiento. Sin embargo, atendiendo a las puntuaciones de la tabla 8, así como a la figura 6, se puede observar cómo la puntuación media mayor es la del grupo de menos de 10 años de experiencia laboral para esta subescala. Esto se traduce en que el personal con menos experiencia tiende a no presentar incertidumbre sobre lo que acontece tras la muerte, bien por creencias de un más allá, o por creencias de que no hay otra vida tras fallecer. Respecto al resto de dimensiones, se encuentra que las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas. De este modo, la hipótesis 4 tampoco se cumple, y, además, es parcialmente contradicha.

Estos resultados contrastan con lo planteado por (Cybulska et al., 2022), quienes reflejan que la mayoría de las enfermeras de su estudio pensaban que mayor experiencia laboral tendría un impacto positivo en las estrategias con las que se afronta la muerte de los pacientes, y por otro lado encuentran una correlación positiva débil entre aceptación de escape y años de experiencia. En contraste, el presente estudio no solo no encuentra una correlación estadísticamente significativa entre estas dos variables, sino que, además, los datos cualitativos señalan una dirección opuesta de la relación, encontrando que es el grupo con menor experiencia el que puntúa más alto para esta dimensión.

Lo encontrado con respecto a las actitudes de aceptación de acercamiento y de escape también contrastan con otras investigaciones, como la de Gama et al (2013), quienes encuentran que, a más

experiencia, mayor aceptación de escape; o la de Hasheesh et al (2013), quienes no solo obtienen los mismos resultados que Gama, sino que además encuentran que aquellos sanitarios con más años de ejercicio profesional puntúan más alto en aceptación de acercamiento. Por otro lado, estos resultados sí son consistentes con lo encontrado por otras investigaciones, donde se encuentra que el personal de enfermería con menor experiencia tenía actitudes más positivas hacia la muerte (Bayat et al., 2018).

Por otro lado, atendiendo al resto de datos cualitativos ofrecidos por la tabla 8, podemos observar que estos sí apuntan en la dirección de las relaciones esperadas para el resto de las variables. Los profesionales con más experiencia laboral ponen en funcionamiento un mayor número de estrategias centradas en el problema de media que su contraparte con menos experiencia. Por otro lado, respecto a la puntuación media para la actitud de aceptación neutral ante la muerte, la cual —si bien se ha indicado con anterioridad que es la actitud que más posee el personal sanitario en general— se encuentra con mayor puntuación media en el grupo con más experiencia, tal y como se puede apreciar en la figura 5. Esto concuerda con lo que encuentran Hasheesh et al. (2013) en su investigación, donde aprecian una correlación positiva y significativa entre años de experiencia y aceptación neutral.

De esta forma, si bien los resultados no han confirmado las hipótesis planteadas, a nivel cualitativo algunos sí han sido coherentes con lo esperado encontrar y a lo que la literatura previa señalaba en gran parte. Las inconsistencias encontradas podrían responder a variables extrañas no tenidas en cuenta para la investigación, a haber utilizado un test para las estrategias de afrontamiento con un número de ítems tan grande sin carga factorial significativa, y al tamaño de la muestra. Es destacable que la muestra del estudio era pequeña ( $n=52$ ), con lo que los resultados podrían no ser representativos de la población diana. Además, como se ha indicado antes, el uso de muestreo no probabilístico podría haber generado una muestra homogénea, lo cual se puede apreciar en los datos de la tabla 1, donde se refleja cómo la mayoría de la muestra está compuesta por enfermeros, y profesionales con estudios de grado o licenciatura, además de ser principalmente femenina. En este sentido, cabe señalar que es difícil conseguir muestras grandes de la población estudiada, ya que, como se ha indicado con anterioridad, está sometida a una carga laboral muy grande. Esto implica los profesionales de la salud podrían tener dificultades para encontrar el tiempo libre

necesario para rellenar este tipo de formularios. Las afirmaciones sobre las dificultades de trabajar con una muestra tan pequeña son todavía más rotundas para el estudio de la relación entre los años de experiencia laboral y actitudes ante la muerte y estrategias de afrontamiento, ya que la muestra se divide en dos (n=24 para menos de 10 años, y n=28 para más de 10 años). Respecto a estas limitaciones, se anima a futuros estudios a replicar esta investigación cuidando estos aspectos. Utilizando test de los cuales puedan recoger la totalidad de los ítems para el análisis estadístico, y muestras más grandes.

Atendiendo a las posibles variables extrañas, quizás el corte muestral realizado para estudiar las diferencias entre años de experiencia no haya sido el adecuado; 10 años de experiencia laboral sanitaria no son pocos, y esto podría haber desplazado las puntuaciones encontradas, asemejando las puntuaciones del grupo de menos de 10 años a las del grupo de más de 10 años. La experiencia laboral podría suponer cambios exponenciales en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y el desarrollo de actitudes ante la muerte más positivas. De esta forma, se deberían estudiar las diferencias entre muestras con menos experiencia, y comparar entre grupos que comprendan un rango de experiencia mucho menor. Jang et al. (2019) estudian las diferencias entre grupos de menos de 3 y más de 3 años de experiencia laboral, donde encuentran que, en el grupo con menos experiencia, las estrategias centradas en la emoción influenciaban el bienestar psicológico, mientras que, en el grupo con mayor experiencia, el estrés laboral no tenía un impacto en dicho bienestar. Estos resultados parecen estar en línea con lo que el presente estudio esperaba encontrar, por lo que podría ser que no haber encontrado estos haya sido un problema en el planteamiento de los grupos.

Por otro lado, merece también reflexión la taxonomía utilizada entorno a las estrategias de afrontamiento; las hipótesis planteadas en este trabajo responden a cómo la literatura, recogida durante la introducción, plantea una dicotomía entre estrategias que generan bienestar o son positivas —o estrategias centradas en el problema— y aquellas que generan un impacto negativo en el sanitario —o estrategias centradas en la emoción—. Es probable que esta dicotomía no sea completamente realista, y que ambas sean útiles para el sanitario en función de la situación y su modo de empleo, por lo que podría ser interesante fomentar la flexibilización de su uso en vez de buscar potenciar únicamente las centradas



en el problema. En este sentido, se señalaba anteriormente cómo era contraintuitivo que los resultados no señalaran una correlación la actitud de evitación de la muerte y las estrategias centradas en la emoción, que incluyen dimensiones como distanciamiento y escape-evitación. Es posible que no todas las estrategias centradas en la emoción correlacionen con estilos emocionales y cognitivos que sean evitativos. De esta forma, se anima a futuros estudios a estudiar las posibles correlaciones desde un nivel menos general —es decir, estudiando la relación entre las actitudes hacia la muerte y las distintas subescalas de estrategias de afrontamiento—, o a través de una taxonomía alternativa.

Como líneas futuras de investigación, también se propone estudiar otras variables como el género de los encuestados, y su impacto en estas variables, ya que esto podría concretar las poblaciones diana para los distintos programas de intervención desarrollados posteriormente. Asimismo, se plantea como interesante indagar en la relación entre la edad y las actitudes ante la muerte y estrategias de afrontamiento, ya que quizás no sea la experiencia laboral la que han encontrado otros estudios que está modulando estos constructos en el personal, sino la experiencia vital, como se ha encontrado en otros estudios (Cybulska et al., 2022; Khader et al., 2010). Esto podría explicar las inconsistencias que se mencionaron con anterioridad entre distintas investigaciones, y la discrepancia entre lo encontrado por estas y por el presente estudio. Encontrar una correlación positiva entre experiencia laboral o entre años y estos dos factores sería importante porque evidenciaría que hay algo vivencial que hace que se desarrollen estrategias de afrontamiento óptimas y actitudes ante la muerte más positivas, con lo que futuras investigaciones podrían indagar en qué factores son estos para tratar de trabajar con ellos en intervenciones o formaciones. Por otro lado, que los resultados del presente estudio se replicasen no encontrando una relación entre estas variables, señalaría que el desarrollo de programas de intervención no se debería centrar únicamente en alumnos o profesionales que se están iniciando en estas labores, sino que estos programas deberían englobar a toda la población sanitaria, independientemente de la edad y años de experiencia laboral. Paralelamente, de no encontrarse tampoco una relación entre las estrategias de afrontamiento y actitudes hacia la muerte, esto implicaría que los programas de intervención deberían trabajar sobre ambas, y no atender únicamente a una de las dos para modular la segunda. Los programas

de intervención y formaciones que potencien este tipo de estrategias y actitudes en el personal sanitario son de vital importancia para fomentar que este tenga un mayor bienestar psicológico, así como mayor resiliencia, así que se anima a futuras investigaciones a implantar estas, y estudiar el impacto que tienen en el personal sanitario. No siempre es posible prever situaciones de emergencia como la vivida durante el Covid-19, o ejercer un impacto sobre las condiciones en las que el personal sanitario trabaja o a lo que se enfrentan en el día a día, pero sí se les puede —y se les debe— intentar equipar de tantas herramientas como sea posible para que puedan hacer frente a las mismas.

## 5. Referencias bibliográficas

- Abengózar, M., Bueno, B., & Vega, J. (1999). Intervention on attitudes toward death along the life span. *Educational Gerontology, 25*, 435–447.
- Arrogante, Ó., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica, 25*(2), 73–80.  
<https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2014.12.009>
- Baldonado Mosteiro, M. (2019). Presentismo, estrés, fatiga por compasión y burnout en profesionales de la salud. [Tesis de Doctorado, Universidad de Oviedo]. <http://hdl.handle.net/10651/54015>
- Barnett, M. D., Reed, C. M., & 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/TABLES/1>
- Bayat, Z. S., Borhani, F., Nasiri, M., & Mokhtari, P. (2018). Correlation between Nurses' Attitude towards Death and the Quality of Nursing Care to Patients at the End Stages of Life in the ICU: A Systematic Review. *Journal of Research in Medical and Dental Science, 6*(6), 135–140.  
<https://www.jrmds.in/abstract/correlation-between-nurses-attitude-towards-death-and-the-quality-of-nursing-care-to-patients-at-the-end-stages-of-life--5623.html>
- Cabañero-Martínez, M. J., Nolasco, A., Melchor, I., Fernández-Alcántara, M., Cabrero-García, J., Cabañero-Martínez, M. J., Nolasco, A., Melchor, I., Fernández-Alcántara, M., & Cabrero-García, J. (2020). Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 43*(1), 69–80. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0856>
- Caravaca-Sanchez, F., Barrera-Algarín, E., Pastor-Seller, E., & Sarasola-Sanchez-Serrano, J. L. (2019). Prevalencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout entre los profesionales del trabajo

- social en servicios sociales municipales en España. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(17), 89–109. <https://doi.org/10.30827/TSG-GSW.V9I17.8284>
- Carver, C. (2013). Coping. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 496–500. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_1635](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1635)
- Castro, M. B. de, Rivera-Rufete, F., González-Moreno, J., & Cantero-García, M. (2022). Actitudes hacia la muerte en el personal sanitario: propuesta de intervención. *MLS Psychology Research*, 5(2), 201–210. <https://doi.org/10.33000/MLSPR.V5I2.1185>
- Conde-Ruiz, J. I. (2021). *Estudios sobre la Economía Española-2021/07 El proceso de envejecimiento en España*.
- Cooper, J., & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), 423–430. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2005.11.8.19611>
- Crespo López, M., & Cruzado Rodríguez, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, ISSN 0221-7339, ISSN-e 2173-6855, Vol. 23, N°. 92, 1997, Págs. 797-830, 23(92), 797–830. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071279>
- Cybulska, A. M., Żołnowska, M. A., Schneider-Matyka, D., Nowak, M., Starczewska, M., Grochans, S., & Cymbaluk-Płoska, A. (2022). Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013119>
- de Juan Pérez, A., De, A., Pérez, J., & Serra, C. (2021). Revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(3), 310–315. <https://doi.org/10.12961/APRL.2021.24.03.08>

- Docampo Iglesia, V. (2022). El incremento de la precariedad laboral de los jóvenes y su influencia en el aumento de los problemas de salud mental. *[Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Oviedo]*.  
<http://hdl.handle.net/10651/61988>
- Enea, V., Candel, O. S., Zancu, S. A., Scrumeda, A., Bărbușelu, M., Largu, A. M., & Manciu, C. (2021). Death anxiety and burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak: The mediating role of obsession with COVID-19 and coronaphobia. *Death Studies, 46*(10), 2306–2315.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1928331>
- Esteban Herrera, L., & Rodríguez Gómez, J. Á. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Ene, 9*(2), 0–0. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200007>
- Ferraz Mesa, M. de los Á. (2020). Factores laborales que inciden sobre el estado de bienestar psicológico, satisfacción y estrés en el personal de enfermería dentro del área quirúrgica hospitalaria. *[Proyecto de Investigación, Universidad de Murcia]*. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/85870>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.5.992>
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2013). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing, 18*(6), 267–273.  
<https://doi.org/10.12968/IJPN.2012.18.6.267>
- García-Avendaño, D. J., Ochoa-Estrada, Ma. C., & Briceño-Rodríguez, I. I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary, 15*(3), 281. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2421>

- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, *12*(1), 1–13.  
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7/FIGURES/4>
- Harding, R., Higginson, I. J., & Donaldson, N. (2003). The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care. *Supportive Care in Cancer*, *11*(10), 638–643. <https://doi.org/10.1007/S00520-003-0500-6/TABLES/3>
- Hasheesh, M. O. A., Al-Sayed Abozeid, S., Goda El-Said, S., & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, *7*(4).
- Hoerger, M., Greer, J. A., Jackson, V. A., Park, E. R., Pirl, W. F., El-Jawahri, A., Gallagher, E. R., Hagan, T., Jacobsen, J., Perry, L. M., & Temel, J. S. (2018). Defining the Elements of Early Palliative Care That Are Associated With Patient-Reported Outcomes and the Delivery of End-of-Life Care. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *36*(11), 1096–1102.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.6676>
- Huang, L., Xu, F., & Liu, H. (2020). Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *MedRxiv*, 2020.03.05.20031898.  
<https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>
- Jang, M. H., Gu, S. Y., & Jeong, Y. M. (2019). Role of Coping Styles in the Relationship Between Nurses' Work Stress and Well-Being Across Career. *Journal of Nursing Scholarship*, *51*(6), 699–707.  
<https://doi.org/10.1111/JNU.12523>
- Khader, K. A., Jarrah Samiha Suhail, & Alsad Jafar. (2010). Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*.

- Kim, S. Y., Kim, J. M., Kim, S. W., Kang, H. J., Shin, I. S., Shim, H. J., Cho, S. H., Chung, I. J., & Yoon, J. S. (2014). Determinants of a hopeful attitude among family caregivers in a palliative care setting. *General Hospital Psychiatry, 36*(2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2013.10.020>
- Krebber, A. M., Buffart, L. M., Kleijn, G., & Riepma, I. C. (2014). *Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments*. STEPPED CARE Targeting PSYCHOLOGICAL DISTRESS in HEAD and NECK and LUNG CANCER Patients. [https://www.samenlevenmetkanker.nl/wp-content/uploads/2019/11/Proefschrift\\_AMH\\_Krebber\\_2016-1.pdf#page=24](https://www.samenlevenmetkanker.nl/wp-content/uploads/2019/11/Proefschrift_AMH_Krebber_2016-1.pdf#page=24)
- March Cerdá, J. C. (2021). Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental, 0*(14). <https://doi.org/10.1016/S2468>
- Maria, M., Pavlos, S., Kiriaki, S., Tatiana, S., Kostantinia, K., Eleni, M., & Eleni, T. (2011). Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science, 3*(1). <https://doi.org/10.5539/GJHS.V3N1P224>
- 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>
- Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E. L., & Morlans-Molina, M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal, 46*(3), 119–126. <https://doi.org/10.1016/J.REML.2020.05.004>
- Milligan, F., & Almomani, E. (2020). Death anxiety and compassion fatigue in critical care nurses. *British Journal of Nursing, 29*(15), 874–879. <https://doi.org/10.12968/BJON.2020.29.15.874>
- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., & Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Ann Oncol.* <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

- Pac, P., Vega, P. de, Formiga, F., & Mascaró, J. (2006). Motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra (La Rioja). *Rev. Multidiscip. Gerontol*, *16*(1), 32–36.
- Perez-Ordóñez, F., Frías-Osuna, A., Romero-Rodríguez, Y., & Del-Pino-Casado, R. (2016). Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, *25*(4), 600–607. <https://doi.org/10.1111/ECC.12507>
- Powell, M. J., Froggatt, K., & Giga, S. (2020). Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *10*(1), 79–90. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2018-001693>
- Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M. M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., & Hueso-Montoro, C. (2020). Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Nursing Scholarship*, *52*(3), 301–310. <https://doi.org/10.1111/JNU.12550>
- Río-Valle, J. S. (2007). Validación de la versión española de la “escala 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://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=72175&info=resumen&idioma=SPA>
- Robles-Sánchez, J. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar*, *77*(2), 69–72. <https://doi.org/10.4321/S1887-85712021000200001>
- Sachse, C., Brockmöller, J., Bauer, S., & Roots, I. (1999). Functional significance of a C→A polymorphism in intron I of the cytochrome P450 CYP1A2 gene tested with caffeine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *47*(4), 445–449. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2125.1999.00898.X>
- Stratton, S. J. (2019). Data Sampling Strategies for Disaster and Emergency Health Research. *Prehospital and Disaster Medicine*, *34*(3), 227–229. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004412>



Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. (pp. 121–148). Taylor & Francis.

Xie, W., Wang, J., Zhang, Y., Zuo, M., Kang, H., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Ni, W., & Ma, C. (2021). The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5–6), 615–632.

<https://doi.org/10.1111/JOCN.15565>

Yang, Y. H., & Kim, J. K. (2016). Factors Influencing Turnover Intention in Clinical Nurses: Compassion Fatigue, Coping, Social Support, and Job Satisfaction. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(5), 562–569. <https://doi.org/10.1111/JKANA.2016.22.5.562>

Yera Rodríguez, K. (2021). Ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida en pacientes con cáncer antes y durante la pandemia por COVID-19. [Tesis de Maestría, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo]. [http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB\\_UMICH/6430](http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB_UMICH/6430)

Zyga, S., Mitrousi, S., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Fradelos, E., Panoutsopoulos, G., & Maria, L. (2016). ASSESSING FACTORS THAT AFFECT COPING STRATEGIES AMONG NURSING PERSONNEL. *Materia Socio-Medica*, 28(2), 146. <https://doi.org/10.5455/MSM.2016.28.146-150>

## 6. Anexos

### 6.1. Anexo 1: Cuestionario *ad-hoc* de 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 cansado?
  - Sí.
  - No.
  
- ¿Suele tener pesadillas?

- Sí.
  - No.
  
- ¿Fuma?
  - No.
  - Sí.
  
- En 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 caso de haber contestado afirmativamente a la anterior pregunta, especifique cuál/es.

- ¿Está tomando algún medicamento?
  - No.
  - Sí.

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

- ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad física?
  - No.
  - Sí.

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

- ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad psicológica?
  - No.
  - Sí.

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

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

## 6.2. Anexo 2: Cuestionario PAM-R (Perfil Revisado de Actitudes hacia 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).

\*

|   | TD                    | BD                    | AD                    | I                     | AA                    | BA                    | TA                    |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La muerte es sin duda una experiencia horrible                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Creo que iré al cielo cuando muera  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me trastorna la finalidad de la muerte  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva

La muerte proporciona un escape de este mundo terrible

Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo

La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento

Siempre intento no pensar en la muerte

Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo

La muerte es un aspecto natural de la vida

La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna

La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa

No temería a la muerte ni le daría la bienvenida

|   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tengo un miedo intenso a la muerte  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evito totalmente pensar en la muerte  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Veó la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Veó la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma

Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma

Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida

La muerte no es buena ni mala

Espero una vida después de la muerte

Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte

### 6.3. Anexo 3: Cuestionario WOC-R (Escala de Modos de Afrontamiento Revisada)

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.

\*

|   | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo plazo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me critiqué o me sermonee a mí mismo  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Confíe en que ocurriera algún milagro   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces no tengo mala suerte)                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seguí adelante como si no hubiera pasado nada   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intenté guardar para mí mis sentimientos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Dormí más de lo habitual en mí                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manifesté mi enojo a la persona(s) responsable(s) del problema  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me sentí inspirado para hacer algo creativo                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intenté olvidarme de todo                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Busqué ayuda de un profesional                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cambié, maduré como persona                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me disculpé o hice algo para compensar                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desarrollé un plan de acción y lo seguí                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| De algún modo expresé mis sentimientos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me di cuenta de que yo fui la causa del problema                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Salí de la experiencia mejor de lo que entré                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tomé una decisión importante o hice algo arriesgado                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuve fe en algo nuevo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Redescubrí lo que es importante en la vida  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cambié algo para que las cosas fueran bien  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evité estar con la gente en general   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le conté a alguien cómo me sentía   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me mantuve firme y pelee por lo que quería  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me desquité con los demás   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sabía lo que  
había que hacer,  
así que redoblé  
mis esfuerzos  
para conseguir  
que las cosas  
marcharan bien

Me negué a creer  
lo que había  
ocurrido

Me prometí a mi  
mismo que las  
cosas serían  
distintas la  
próxima vez

Propuse un par  
de soluciones  
distintas al  
problema

Lo acepté ya que  
no podía hacer  
nada al respecto

Intenté que mis  
sentimientos no  
interfirieran  
demasiado en  
otras cosas

Deseé cambiar lo  
que estaba  
ocurriendo o la  
forma en cómo  
me sentía

Cambié algo de  
mi

Soñé o me  
imaginé otro  
tiempo y otro  
lugar mejor en el  
presente

Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo

Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas

Recé

Me preparé para lo peor

Respeté mentalmente lo que haría o diría

Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo

Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona

Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas

Hice jogging u otro ejercicio



## 6.4. Anexo 4: Consentimiento informado

### Actitudes hacia la muerte en el profesional sanitario

Consentimiento informado:

1. Este estudio está siendo realizado por investigadores de la Universidad Europea de Madrid y la Universidad Internacional de Valencia con la finalidad de estudiar 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 serán 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 oficial 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 que los investigadores responsables del estudio son Dra. María Cantero-García ([maria.cantero@universidadeuropea.es](mailto:maria.cantero@universidadeuropea.es)), y Dr. Jesús González Moreno ([jesus.gonzalezgm@campusviu.es](mailto:jesus.gonzalezgm@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

Siguiente

Borrar formulario

#### 6.4. Anexo 5: Tabla de resultados de normalidad para la prueba Shapiro-Wilk

*Resultados de la prueba de normalidad para la prueba Shapiro-Wilk respecto a las 5 actitudes hacia la muerte representadas en las subescalas del PAM-R, así como respecto a las 2 estrategias de afrontamiento según el WOC-R*

|                         | <b>Estrategias centradas en el problema</b> | <b>Estrategias centradas en la emoción</b> | <b>Aceptación de escape</b> | <b>Aceptación de acercamiento</b> | <b>Aceptación neutral</b> | <b>Evitación de la muerte</b> | <b>Miedo ante la muerte</b> |
|-------------------------|---|--|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| W de Shapiro-Wilk       | 0.960                                       | 0.981                                      | 0.943                       | 0.926                             | 0.884                     | 0.879                         | 0.923                       |
| Valor p de Shapiro-Wilk | 0.075                                       | 0.565                                      | 0.016                       | 0.003                             | < .001                    | < .001                        | 0.002                       |

### 6.5. Anexo 6: Gráficos Q-Q para las 5 dimensiones del PAM-R y los 2 factores del WOC-R

Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en la dimensión aceptación de escape del PAM-R

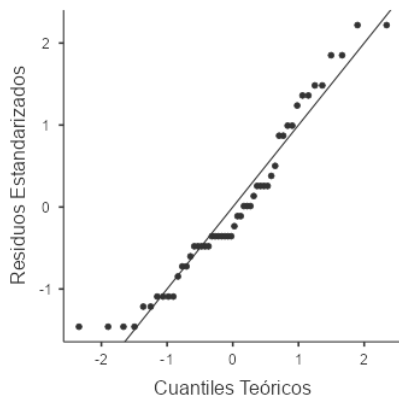


Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en la dimensión aceptación de acercamiento del PAM-R

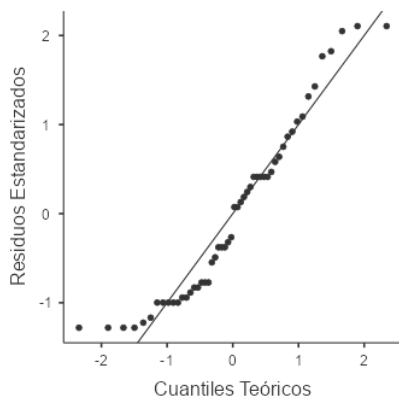


Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en la dimensión aceptación neutral del PAM-R

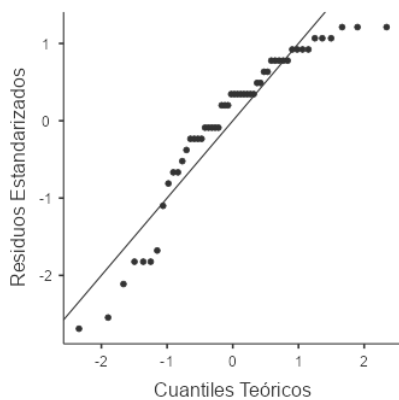


Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en la dimensión evitación de la muerte del PAM-R

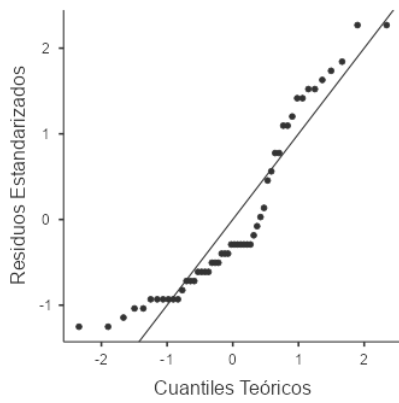


Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en la dimensión miedo a la muerte del PAM-R

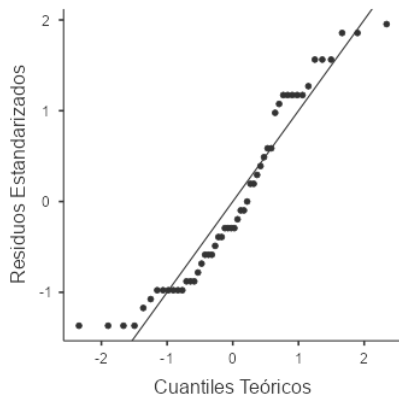


Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en el factor estrategias centradas en el problema del WOC-R

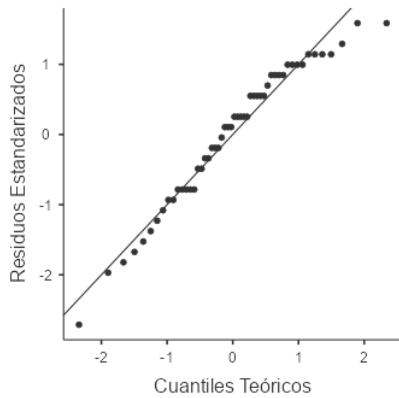


Gráfico Q-Q para la distribución de las puntuaciones en el factor estrategias centradas en la emoción del WOC-R

