

Muerte y síndrome de burnout en personal sanitario de Tenerife

ESTUDIO PILOTO

Sara García Martín

Tutora: María Mercedes Suárez Rancel

Trabajo de Fin de Máster

Máster Oficial en Investigación, Gestión y Calidad en
Cuidados para la Salud; Itinerario de Gestión Sanitaria

Sección de Enfermería; Facultad de Ciencias de la Salud;
Universidad de La Laguna

Curso 2021-2022

D^a María Mercedes Suárez Rancel autoriza la presentación del TFM sobre muerte, duelo y burnout en el personal sanitario de Tenerife para su defensa, a la alumna D^a Sara García Martín.

En San Cristóbal de La Laguna, a 05 de junio de 2022

Resumen: El Síndrome de Burnout se produce ante una situación de estrés prolongado en el ámbito laboral que termina con el desgaste emocional y físico de la persona, especialmente en el personal sanitario. Existen factores externos que predisponen a las personas a padecer este síndrome: Uno de ellos, es el entorno generado ante el fallecimiento de un paciente. Con el presente estudio se pretende analizar, en primer lugar, cómo afecta la muerte de pacientes al personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife. En segundo lugar, estudiar si existe relación entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el desarrollo del síndrome de Burnout. Para ello se realizó un estudio piloto con una muestra de 29 personas del personal de enfermería de Tenerife a través de una encuesta dividida en cuatro partes: datos sociodemográficos, cuestiones relacionadas con el contacto con la muerte, el cuestionario COPE-28 y el cuestionario MBI. Los resultados, obtenidos con IBM SPSS Statistics, muestran a nivel descriptivo, que al personal sanitario le afecta de forma negativa el fallecimiento de un paciente, aunque no se observa relación estadísticamente significativa entre el Burnout y la afectación por el fallecimiento de un paciente en el personal sanitario. Estos resultados no son representativos, dado que sería necesario ampliar el tamaño muestral. Finalmente, se destacan los beneficios que tendría la elaboración de un estudio como éste para detectar necesidades y mejorar la calidad del Servicio Canario de Salud.

Palabras clave: Muerte, burnout, personal sanitario, enfermería, cuestionario MBI, Cuestionario COPE-28, prueba del chi cuadrado, muestreo, estadística descriptiva.

Abstract: The Burnout syndrome is derived from a situation of prolonged stress in the workplace that ends with an emotional and physical wear, specially in the health staff. Thus, there are external factors that predispose people to suffer the Burnout Syndrome: one of them is the environment generated by a patient's death. This study wants to analyze, firstly, how a patient's death affects the health personnel of the Canary Island Health Service in Tenerife. Secondly, study if there is relation between the affectation due to the patient's death and the Burnout Syndrome. A pilot study was carried out with a sample of 29 people from the nursing staff (nurses and nursing assistants) from Tenerife through a survey divided into four parts: sociodemographic data, questions related to experience with death, the COPE-28 questionnaire about coping strategies and the MBI questionnaire about Burnout Syndrome. The results, obtained with IBM SPSS Statistics, shows that the health personnel are negatively affected by the death of a patient, although no statistically significant relation is showed between Burnout Syndrome and the impact of patient's death in the health personnel. These results are not representative, so it would be necessary to expand the sample size. Finally, the benefits that the development of a study like this would have to detect needs and improve the quality of the Canarian Health Service are highlighted.

Key words: Death, burnout, health staff, nursing, Maslach Burnout Inventory (MBI), COPE-28 questionnaire, chi-square test, sampling, descriptive statistics.

“El dolor es, junto con la muerte, la experiencia humana mejor compartida: ningún privilegiado reivindica su ignorancia o se vanagloria de conocerla mejor que cualquiera. Violencia nacida en el propio centro del individuo”.

David Le Breton (1999)

Índice

1. Introducción: muerte, sociedad y sistema sanitario	1
1.1. SÍNDROME DE BURNOUT, STS Y FATIGA POR COMPASIÓN	7
1.2. GÉNERO Y MUERTE	8
2. Antecedentes: relación entre muerte y burnout.....	10
3. Justificación: importancia del estudio de la muerte	14
4. Objetivos.....	16
5. Material y método	17
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	18
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
5.2.1. <i>Diseño de la muestra</i>	29
5.2.2. <i>Muestreo estratificado</i>	30
5.3. PROCESO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	31
5.4. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	33
5.4.1. <i>Estadística descriptiva</i>	33
5.4.2. <i>Estadística inferencial</i>	34
6. Resultados.....	35
7. Cronograma.....	56
8. Presupuesto	57
9. Implicaciones del estudio.....	57
10. Consideraciones éticas.....	61
11. Líneas de trabajo futuras	61
12. Conclusiones	62
13. Bibliografía.....	64
14. Anexos.....	70
14.1. ENCUESTA	70
14.2. CUESTIONARIO MBI Y COPE-28	75
14.3. TABLA RESUMEN DE LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	78
14.4. SOLICITUD DE PERMISOS	87
14.5. TABLAS DE RESULTADOS	89

Índice gráficos

Ilustración 1: Defunciones por año en España (1980-2020). Total de personas.....	1
Ilustración 2: Crecimiento vegetativo de la población de España (2020-2069).....	2
Ilustración 3: Defunciones observadas y esperadas diciembre 2019 - 28 diciembre 2021 en España (Sistema MoMo).....	5
Ilustración 4: Ishikawa del brainstorming.....	22
Ilustración 5: Dashboard perfil de la muestra.....	36
Ilustración 6: Sentimientos expresados ante el fallecimiento de un paciente. Porcentaje.....	37
Ilustración 7: Histograma en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente.....	40
Ilustración 8: Gráfico P-P Normal de En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente.....	41
Ilustración 9: Barras agrupadas en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y despersonalización.....	45
Ilustración 10: Barras agrupadas en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y agotamiento.....	47
Ilustración 11: Barras agrupadas en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y realización personal.....	49
Ilustración 12: Perfil del personal sanitario que sufre en mayor medida el fallecimiento de un paciente (perfil de riesgo).....	51
Ilustración 13: Definición de Calidad.....	58
Ilustración 14: Dimensiones de la calidad asistencial.....	58

Índice tablas

Tabla 1: Afectación por el fallecimiento de un paciente.....	6
Tabla 2: Metodología por objetivos.....	18
Tabla 3: Variables del perfil sociodemográfico.....	20
Tabla 4: Resultados del Brainstorming.....	21
Tabla 5: Variables relacionadas con la experiencia con la muerte.....	25
Tabla 6: Preguntas COPE-28 agrupadas por estrategias.....	26
Tabla 7: Puntuación de las subescalas del cuestionario MBI.....	27
Tabla 8: Contenido de la encuesta por objetivos.....	28
Tabla 9: Contenido de la encuesta por objetivos.....	29
Tabla 10: Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	32
Tabla 11: Resultados pregunta P17.....	39

Tabla 12: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente).....	41
Tabla 13: Prueba T para una muestra (En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente).....	42
Tabla 14: Tabla de frecuencias dimensiones del Síndrome e Burnout.....	44
Tabla 15: Cruce de variables en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y despersonalización.	45
Tabla 16: Chi cuadrado: en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y despersonalización.	46
Tabla 17: Cruce de variables en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y agotamiento.....	47
Tabla 18: Chi cuadrado: en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y agotamiento.....	48
Tabla 19: Cruce de variables en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y realización personal.....	49
Tabla 20: Chi cuadrado: en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y realización personal.....	50
Tabla 21: Resultados de las estrategias de afrontamiento.....	52
Tabla 22: Estrategias de afrontamiento de menor y mayor uso.	53
Tabla 23: Estrategias de afrontamiento de menor y mayor uso por género	54
Tabla 24: Gasto público (millones de €) destinado a incapacidades temporales (contingencias comunes y profesionales) por entidades	60
Tabla 25:: Resumen de la bibliografía consultada.....	78
Tabla 27: Anexo (P1) Edad.....	89
Tabla 28: Anexo (P2) Sexo	89
Tabla 29: Anexo (P3) Identidad de género.....	89
Tabla 30: Anexo (P4) Estado civil	89
Tabla 31: Anexo (P5) Hijas/os	90
Tabla 32: Anexo (P6) Red de apoyo.....	90
Tabla 33: Anexo (P7) Profesión	90
Tabla 34: Anexo (P8) Lugar de trabajo	91
Tabla 35: Anexo (P9) Servicio/área de trabajo.....	91
Tabla 36: Anexo (P10) Años de experiencia	92
Tabla 37: Anexo (p12) frecuencia contacto con la muerte	92
Tabla 38: Anexo (p13) incremento contacto muerte covid	92
Tabla 39: Anexo (p14) en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente	93

Tabla 40: Anexo (p15) sentimiento que le genera el fallecimiento de un paciente	93
Tabla 41: Anexo (p16) formación necesaria.....	93
Tabla 42: Anexo (P17)	94
Tabla 43: Anexo (p18) estrategias de afrontamiento.....	94

1. INTRODUCCIÓN: Muerte, sociedad y sistema sanitario

La muerte es un proceso universal e inexorable, común a toda experiencia humana. Se entiende como un proceso natural pero también cultural por la forma en la que es vivida e interpretada para poder ser asumida y comprendida. (Fernández del Riesgo, 2007).

La mortalidad en España es un fenómeno que sigue una tendencia creciente (Ilustración 1) según los datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Esto es debido al aumento de la población y a su envejecimiento. La población española es cada vez más grande y con un porcentaje mayor de gente anciana. A pesar de estos datos, y tras los años de pandemia vividos, la muerte sigue siendo un tema tabú en muchas sociedades contemporáneas (Buerno, 2008).

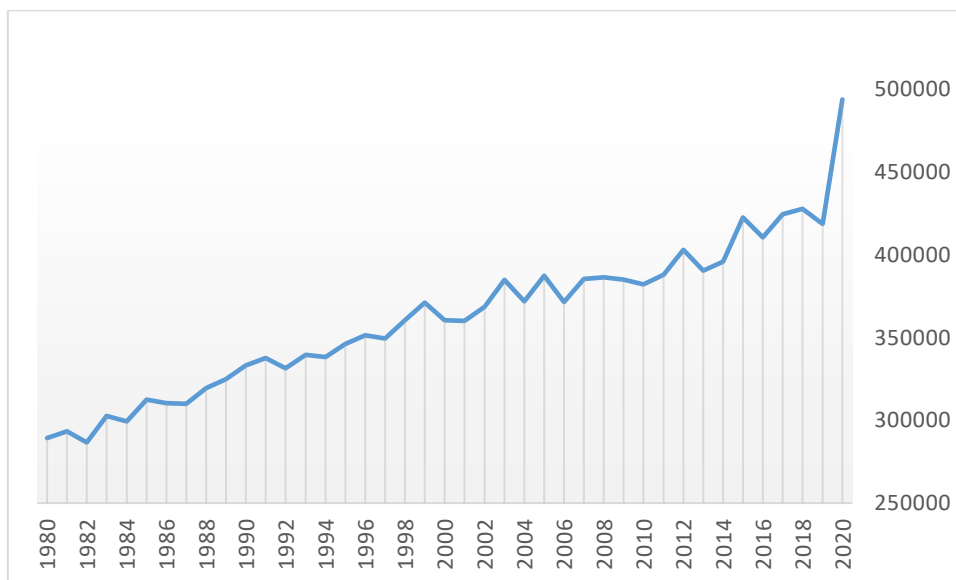


Ilustración 1: Defunciones por año en España (1980-2020). Total de personas. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE: defunciones según la causa de la muerte (2020).

Las proyecciones de la mortalidad y natalidad para los próximos 40 años se pueden observar en la ilustración 2. Se espera que la mortalidad vaya en aumento, alcanzando las 641.867 defunciones para el año 2069, acompañado de un descenso de los nacimientos. Esto generará un descenso del crecimiento vegetativo (nacimientos menos defunciones).

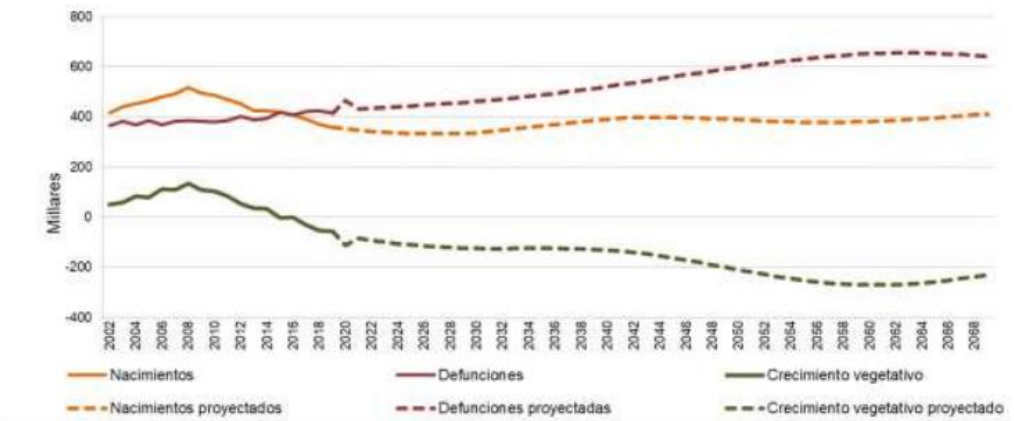


Ilustración 2: Crecimiento vegetativo de la población de España (2020-2069). Fuente: INE (2020). Proyecciones de población 2020-2070

A nivel sociológico, la muerte se entiende como un fenómeno social que lleva asociada creencias, rituales y actitudes determinadas en función del contexto de desarrollo de una sociedad concreta. Así, se puede decir que la muerte, como otros tantos sucesos vitales, está ritualizada. Esta ritualización se presenta en diferentes formas según el contexto cultural y tiene como finalidad la despedida del ser querido. Así, el duelo y sus rituales son una respuesta ante la pérdida, ante la muerte.

El duelo normativo, el que se desarrolla en condiciones de normalidad, presenta diferentes fases según el modelo de Kübler-Ross:

1. Negación. Es la fase en la que no se acepta lo que está sucediendo como un hecho real.

2. Ira. Es la reacción emocional tras la percepción de que el hecho es real. Está dirigida hacia una/o misma/o, o hacia el entorno. En esta fase se entiende que la situación es irreversible.
3. Pacto/negociación. Se trata de afrontar la realidad a través de escenarios reales o ficticios.
4. Depresión. Se percibe la realidad y se vuelve al momento presente con una sensación de tristeza y vacío profunda.
5. Aceptación. Es la fase final, en la que se termina por aceptar lo sucedido y se aprende poco a poco a convivir con ello (Miaja Ávila, Moral de la Rubia, 2013).

Pero estas fases no son algo rígido y estructurado, pueden presentarse en diferente orden o con diferentes ritmos. Sin embargo, pueden darse determinadas situaciones o condiciones que hacen que este proceso no se complete de forma correcta, derivando en complicaciones en el duelo, lo que da lugar a lo que se conoce como duelo complicado o patológico (Chacón López-Muñiz, Martínez-Barbeito, y González Barboteo, 2007). Algunos de estos factores son muertes traumáticas o inesperadas, muertes a edades no naturales, pérdidas acumuladas, o situación de aislamiento. Existen varios tipos de duelo patológico:

1. Duelo crónico: Duelo que tiene una duración excesiva y no llega a una conclusión satisfactoria.
2. Duelo retrasado (inhibido, suprimido o pospuesto): Es el duelo que aparece en cualquier momento del futuro. Los síntomas pueden ser desproporcionados.
3. Duelo exagerado: Se experimenta una intensificación del duelo normal.
4. Duelo enmascarado: Se experimentan síntomas y conductas que causan dificultades, pero la persona no reconoce que están vinculados a la pérdida (Vedia Domingo, 2016).

Existen grupos especialmente vulnerables a sufrir duelo patológico. Estas personas están expuestas, de forma general, a dos tipos de factores de riesgo asociados al duelo complicado:

- Factores situacionales de la muerte: Son factores propios de las características del fallecimiento, como puede ser afrontar la pérdida de manera repentina o afrontar varios fallecimientos concatenados.
- Factores asociados a la falta o limitación de apoyo social: Son los factores relacionados con el contexto social en el que se produce el fallecimiento, como pueden ser el apoyo de la familia, amistades, compañeros de trabajo, etc. Por ejemplo, tener que asumir en soledad el dolor y la tristeza del fallecimiento, expresar sus sentimientos, compartir el dolor con los demás al no poder llevar a cabo rituales para reunirse y despedirse (Larrotta-Castillo, Méndez-Ferreira, Mora-Jaimes, Córdoba-Castañeda, Duque-Moreno, 2020).

En este sentido, el ámbito sanitario cobra un papel importante al vivir en contacto estrecho con la muerte. En 2007, Fernández del Riesgo hablaba sobre una nueva forma de morir derivada de la sociedad de consumo: La muerte medicalizada, hospitalizada o aseptizada. Éste hace referencia a la muerte en las instituciones sanitarias, en contraposición a la muerte en casa tan frecuente antes del siglo XX (Buerno, 2008).

Con la crisis sanitaria por el Covid-19 experimentada desde finales de año 2019, se ha comprendido que el papel del personal sanitario y aquellas personas que trabajan con la muerte es fundamental en muchos aspectos. Además, ha resaltado la importancia de la humanización del cuidado y del proceso de morir desde el ámbito sanitario.

En lo que respecta a la muerte y el acompañamiento al duelo, se ha observado la importancia de trabajar el afrontamiento precoz, desde que el paciente se encuentra ingresado, las despedidas, los ritos fúnebres alternativos y la atención espiritual. Un ejemplo de ello es la forma de comunicar el fallecimiento a las familias, que si no se realiza de forma adecuada puede suponer una limitación añadida que dificulte el proceso normal del duelo. (Araujo Hernández, García Navarro y García-Navarro, 2021).

Pero esta responsabilidad y carga emocional también repercute en la salud mental del personal sanitario. Con el presente estudio se analizará la relación entre el contacto frecuente con la muerte y el desarrollo del síndrome de burnout.

Durante el pasado año 2020 y el actual 2022, a consecuencia de la pandemia por el Covid-19 y el confinamiento domiciliario en España, muchas personas perdieron y están perdiendo la vida. Debido a las restricciones establecidas durante ese periodo, no se han podido llevar a cabo los rituales tradicionales de acompañamiento en el proceso de morir y en el momento posterior a la muerte. Las restricciones en los ritos funerarios, la rapidez e imprevisibilidad de las muertes o el escaso contacto con los profesionales sanitarios ha hecho mella en la salud mental de la población. Además, las pérdidas en muchas ocasiones fueron múltiples, por lo que las condiciones para desarrollar un duelo patológico o complicado se multiplican. (Larrotta-Castillo, Méndez-Ferreira, Mora-Jaimes, Córdoba-Castañeda, Duque-Moreno, 2020).

En la ilustración 3 se pueden observar las muertes producidas en España desde el pasado diciembre de 2019 hasta diciembre de 2021.

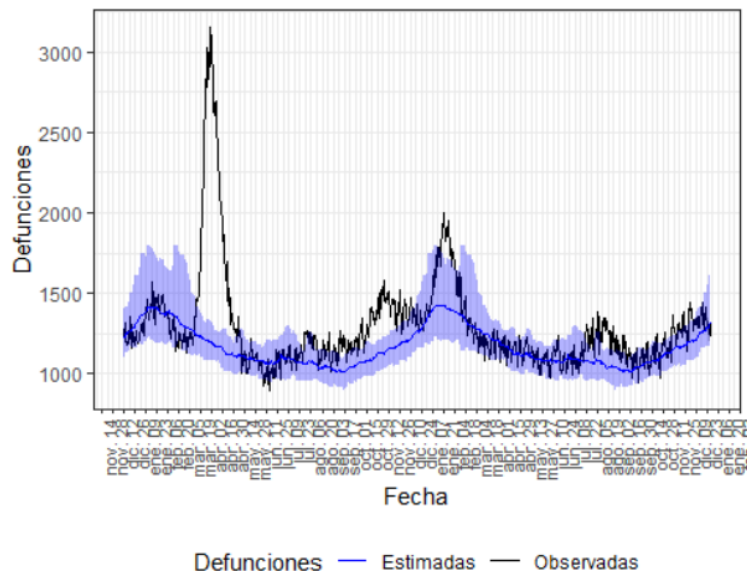


Ilustración 3: Defunciones observadas y esperadas diciembre 2019 - 28 diciembre 2021 en España (Sistema MoMo) Fuente: Ministerio de Ciencia e Investigación. Gobierno de España (2022). Vigilancia de la mortalidad diaria. (MoMo).

Además, según el observatorio del suicidio en España, en 2020 se alcanzaron máximos históricos, con un total de 3941 suicidios (74,3% hombres). Una media de 11 suicidios al día. Esto representa 270 suicidios más que en el año 2019. Será importante en estos próximos años el análisis de la salud mental y las tendencias suicidas de la población además de la elaboración de estrategias de prevención del suicidio.

En este sentido, el personal sanitario es un grupo de especial vulnerabilidad por la sobrecarga de trabajo, el elevado nivel de estrés al que se han tenido que enfrentar, el miedo diario al contagio y la continua exposición a la muerte y dolor de las familias además de un gran número de fallecidos dentro de su propio colectivo (Berdullas Saunders, et al., 2020).

En un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga se obtuvo que a las enfermeras les afecta la muerte de un paciente según la distribución recogida en la tabla 1.

En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente	Porcentaje
Nada	10%
Solo ese día	70%
Varios días	5%
A menudo	10%
Siempre	5%

Tabla 1: Afectación por el fallecimiento de un paciente. Fuente: Castanedo Córdoba, Suárez Solana, Vivar Molina, 2010.

Además, afecta al profesional en su vida laboral (45%) en su vida personal (10%) y en la familiar (5%). De igual forma, el 80% describe que el sentimiento que más experimentan es la pena por la muerte del paciente, el 10% impotencia y el otro 10% sentimientos como tranquilidad, paz, empatía, miedo, rabia, preocupación y liberación (Castanedo Córdoba, Suárez Solana, Vivar Molina, 2010).

Por esto, será de especial importancia también el estudio y seguimiento de la salud mental y tendencias suicidas de la población sanitaria.

1.1. Síndrome de burnout, STS y Fatiga por compasión

El **síndrome de burnout** o síndrome del quemado fue definido por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, haciendo referencia a la consecuencia derivada de una situación de estrés prolongado en el ámbito laboral que termina con el desgaste emocional y físico de la persona. Así, se podría decir que con el síndrome de burnout se produce un descenso drástico del rendimiento laboral. Este concepto tiene su origen en el ámbito de la física, que habla del “punto de rotura” de un objeto para hacer referencia al punto máximo de deformación de un material. Tras ese punto, tiene lugar una deformación permanente y el material no regresa a su forma original. Así, cuando se habla de síndrome de burnout se está haciendo referencia a ese “punto de rotura” en los niveles de estrés soportados por la persona. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, 2000).

Tras esto, Maslach define las tres dimensiones del burnout: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización o cinismo y sensación de ineficacia o baja realización personal. Así, Maslach y Jackson publican en 1981 el primer cuestionario para la medición estandarizada del síndrome de Burnout, el Maslach Burnout Inventory (MBI).

El **estrés traumático secundario (o STS)** se define por Figley en 1983, como el conjunto de conductas y emociones derivadas de la vivencia de un evento traumático experimentado por otra persona. Así, en 1999, Motta, Kefer, Hertz & Hafeez, presentan en Secondary Trauma Questionnaire (o Cuestionario de Trauma Secundario) como instrumento para la medición del STS. (Moreno Jiménez, Morante Benadero, Losada Novoa, Rodríguez Carvajal, Garrosa Hernández, 2004).

Por otro lado, el término **fatiga por compasión** se utilizó por primera vez en 1992 por Joinson para hacer referencia al agotamiento experimentado por el personal sanitario que está muy apegado a sus pacientes o familiares (Córdoba-Rojas, Sanz-Guerrero, Medina-Ch, Buitrago-Echeverri, y Sierra-González, 2021). Este concepto se encuentra en contraposición con el concepto de satisfacción por compasión, que habla de las situaciones en las que la persona trabajadora encuentra el bienestar a través del desempeño de sus actividades diarias como cuidadoras (Cáceres Rivera, 2021).

Según Stamm (2010), el burnout y el estrés traumático secundario son dos componentes de la fatiga por compasión.

1.2. Género y Muerte

Hablamos de género al referirnos a las construcciones sociales y culturales acerca de comportamientos, actitudes y pensamientos socialmente esperados de hombres y mujeres. Como dijo Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo* (2005), “No se nace mujer, se llega a serlo”. Tanto mujeres como hombres son obra de un proceso de socialización que está diseñado por la cultura a la que se pertenece y hay tantas definiciones de estas y estos como culturas existen en el mundo. La misma idea defiende Coral Herrera (2011) que nos dice que “los hombres no nacen, se hacen. [...] Somos, en gran parte, un producto de la cultura en la que habitamos”.

Por tanto, el género es un constructo social, que va ligado a ese proceso de socialización de cada individuo. Esto va ligado a su vez a la idea de feminidad y masculinidad. Tradicionalmente, la masculinidad está ligada a los hombres y la feminidad a las mujeres.

Según Anastasia Téllez Infantes y Ana Dolores Verdú Delgado (2011), “Hacerse hombre”, como “hacerse mujer”, equivale a un proceso de construcción social en el que a lo masculino y a lo femenino le corresponden una serie de rasgos, comportamientos, símbolos y valores, definidos por la sociedad en cuestión, que

interactúan junto con otros elementos como la etnia, la clase, la sexualidad o la edad y que se manifiestan en un amplio sistema de relaciones que, en nuestra cultura, ha tendido históricamente a preservar la experiencia exclusiva del poder al individuo masculino.”

Esta socialización diferencial hace que, en este caso, el afrontamiento y la relación con la muerte sea percibida de forma diferente entre hombres y mujeres. Así, de la mujer se espera socialmente que sea más emocional, que comunique sus sentimientos con mayor facilidad y que recurra a estrategias basadas en el apoyo de otras personas. En cambio, de los hombres se espera que no dediquen mucho tiempo al duelo, que el sentimiento expresado sea la ira o la indiferencia por encima de la tristeza y que, en general, respondan al duelo de forma no saludable. Utilizarían en mayor medida estrategias de distracción o de búsqueda de lo positivo (Magaña, Bermejo Higuera, Villacieros y Prieto, 2019).

Sin embargo, según el informe de OXFAM “Tiempo para el cuidado”, el 42% de las mujeres en edad de trabajar no forma parte de las trabajadoras remuneradas frente al 6% de los hombres debido al trabajo de cuidado no remunerado. Así, “la brecha de género en relación a las tareas de cuidado conlleva un mayor impacto en la calidad de vida de las mujeres al poseer menor cantidad de tiempo para ellas mismas y sin posibilidades de remuneración justa por su labor.” (Observatorio igualdad y empleo, 2020).

En este sentido, incluso algunos estudios consideran como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de duelo patológico el ser mujer. Esto estaría relacionado con los roles de género antes comentados (Parro-Jiménez, Morán, Gesteira, Sanz, García-Vera, 2021).

Así, es de especial interés el estudio del afrontamiento a la muerte con perspectiva de género, pues se espera encontrar diferencias entre hombres y mujeres.

2. Antecedentes: relación entre muerte y burnout

Existen numerosos estudios que analizan la relación entre la muerte de pacientes y el desarrollo de síntomas de Burnout. Así, en un estudio (Asencio Huertas, Allende Pérez, y Verastegui Avilés 2014), se estudiaron a 31 profesionales de la salud de un servicio de cuidados paliativos de México. Como conclusiones destaca la importancia de pensar en la muerte como una posibilidad real y humana. Además, el trabajar con pacientes terminales proporciona una mayor responsabilidad y atención hacia la vida, además de promover el crecimiento personal y la aceptación de la propia muerte. Así, se puede observar la importancia de entender la muerte como un paso más de la vida para el correcto desarrollo de la actividad profesional y personal.

Sin embargo, en otro estudio se analizó la capacidad para hacer frente a la muerte de 411 estudiantes de diferentes facultades de ciencias de la salud españolas. El estudio, realizado por Sagrario Pérez de la Cruz y Amelia Victoria García Luengo en 2018, concluyó que los estudiantes, futuros profesionales sanitarios, no se encuentran suficientemente preparados para afrontar la muerte, por lo que sería necesario profundizar en este aspecto debido a que es una situación a la que deberán hacer frente.

En otro estudio (Norella Córdoba-Rojas et al. 2021). se concluye que existen grupos de trabajo que presentan una gran carga emocional y una mayor predisposición a sufrir Burnout. Algunos de estos grupos son el personal de cuidados intensivos, de oncología y de quirófano. Así, plantean diferentes estrategias para la disminución de la fatiga por compasión y el burnout. Destacan la importancia de la creación de espacios grupales o individuales para la expresión de sentimientos y el afrontamiento de la muerte a través del mindfulness o intervenciones psicoterapéuticas sobre el estrés y el burnout.

Por otro lado, un gran número de estudios se centran en el personal de Oncología por ser una unidad de especial sensibilidad a la muerte. En el estudio realizado por Jarrad y Hammad (2020), se analizó una muestra de 100 enfermeras de un centro de cuidados oncológicos especializados. Se observó que presentaban niveles bajos de satisfacción por compasión, riesgo de sufrir

Burnout y riesgo extremadamente alto de sufrir fatiga por compasión. Esto se asoció con el entorno en el que se desarrolla la actividad asistencial del personal, debido a que deben lidiar con el proceso de morir de sus pacientes, así como el duelo y dolor de los familiares. Esto aumenta el riesgo de padecer alcoholismo, depresión, abuso de drogas, suicidio, fatiga por compasión o burnout en las enfermeras oncológicas. Así, se puede decir que el contacto con la muerte favorece el desarrollo del síndrome de burnout.

En otro estudio sobre el personal de oncología (Hayuni, Hasson-Ohayon, Goldzweig, Bar Sela y Braun, 2019) se analizaron a 71 profesionales de oncología de Israel. Se observó que el dolor por el fallecimiento de un paciente está fuerte y positivamente relacionado con el STS y moderada y positivamente relacionado con el burnout. Así, se podría decir, que el duelo y la muerte de pacientes favorecen la aparición de burnout y fatiga por compasión.

En otro estudio realizado en Israel, (Laor-Maayany et al. 2019), se analizaron 74 oncólogos/os, obteniendo en ellos niveles altos de exposición a la muerte, al duelo profesional y al duelo familiar. Se observó una relación moderada y positiva entre el duelo y el síndrome de burnout.

Otro estudio realizado en Israel, (Engler-Gross, Goldzweig, Hasson-Ohayon, Laor-Maayany, & Braun, 2020), analizó la asociación entre el dolor por el fallecimiento de pacientes y los dos componentes de la fatiga por compasión en psicooncólogos/as. Se obtuvo que el dolor por el fallecimiento de pacientes estaba positivamente relacionado con el burnout y el STS.

En el estudio *Burnout in psychosocial oncology clinicians: A systematic review* (Morris et al 2021), se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un listado de aspectos que favorecen la reducción del síndrome de burnout:

1. Exposición a la recuperación del paciente.
2. Discusión de eventos traumáticos.
3. Entender tu trabajo como significativo o relevante.
4. Menores niveles de angustia moral.
5. Compromiso laboral y menos demandas laborales.
6. Satisfacción laboral.

Así, en el estudio *Burnout: Caring for critically ill and end-of-life patients with cancer* (Pattison, Droney y Gruber, 2020) se analizaron a un total de 63 profesionales de oncología de Reino Unido. Ya se habían aplicado medidas para la reducción de los síntomas del Burnout entre estos profesionales. Las medidas aplicadas fueron, entre otras, la gestión del bienestar o la valoración del trabajo de las personas. Esto generó bajos niveles de despersonalización, bajos niveles de agotamiento emocional y baja-moderada realización personal. Se puede comprobar que las medidas para la reducción del burnout son realmente efectivas y necesarias para la calidad asistencial y laboral.

En este sentido, Sullivan et al. (2019), desarrollaron un programa para la disminución de la fatiga por compasión en 59 enfermeras/os de oncología pediátrica de Tennessee, evaluándose su impacto en enfermeras que padecieran burnout, estrés traumático secundario y fatiga por compasión. Se observó que los datos del estrés traumático secundario y el burnout mejoraron tras la intervención. Así, se observa la importancia de la implementación de programas específicos para la reducción del burnout.

Por otro lado, en el siguiente estudio realizado por Silva e Silva et al. (2022), se analizaron un total de 7 personas, 4 coordinadoras de trasplantes y 3 de donaciones de órganos. Se encontró que la continua exposición de estas personas a factores estresores, como el dolor y el duelo generan signos y síntomas de burnout y fatiga por compasión. Concluye que la prevención del burnout y la fatiga por compasión evitaría una mayor carga de trabajo para el personal de cuidados intensivos, disminuiría la rotación del personal de donaciones de órganos, mejoraría la experiencia de las familias, aumentaría las donaciones y trasplantes de órganos y reduciría los costes de la asistencia sanitaria.

Otro de los grupos vulnerables a sufrir burnout relacionado con el fallecimiento de sus pacientes son las personas cuidadoras a domicilio por su cercanía al paciente y familias. Así, en el estudio *Burnout After Patient Death: Challenges for Direct Care Workers* (Boerner, Gleason y Jopp, 2017) se analizaron a 140 auxiliares de enfermería y 80 personas cuidadoras a domicilio que habían experimentado recientemente la pérdida de alguno de sus pacientes. En el

estudio se concluye que el duelo por el paciente juega un papel importante en el desarrollo de burnout en la persona cuidadora directa. Se destaca, además, la importancia del apoyo institucional como medida para disminuir los efectos del duelo en el síndrome de burnout.

Con relación al personal de cuidados paliativos/de larga duración, el estudio Funk, Peters, y Roger (2017) analizan a un total de 25 profesionales de cuidados paliativos y otras unidades. En el estudio se obtuvo que el contacto con el proceso de morir y el momento de la muerte de los pacientes genera un sentimiento de angustia emocional en las personas cuidadoras. Por otro lado, se identifican aquellas situaciones en las que se hace más complicado hacer frente al fallecimiento de un paciente:

- Cuando fallece una persona de edad o características similares al trabajador/a.
- Cuando la pérdida afecta a un niño/a.
- Cuando la muerte se percibe como imprevista o injusta.
- Cuando fallecen varias personas en un periodo corto de tiempo.
- Cuando la persona trabajadora se siente emocionalmente cerca de la persona que fallece.
- Cuando no puede ayudar a disminuir el sufrimiento o a proporcionar una muerte digna.

Además, la situación se hace más difícil para el personal más joven o de incorporación reciente. Destaca también la falta de tiempo y lugar para procesar el fallecimiento del paciente o para recibir el apoyo de los compañeros de trabajo.

En una unidad pediátrica de cuidados intensivos se realizó un estudio de caso de una médica que presentaba síntomas de burnout. (Crowe, Sullivant, Miller-Smith y Lantos, 2017). Esto se debía a que su metodología de trabajo implicaba el establecimiento de lazos estrechos con sus pacientes y familiares. Tras varios fallecimientos traumáticos seguidos experimenta dificultades para dormir y pensamientos obsesivos. Esto se prolonga hasta que su capacidad para atender a sus pacientes se ve mermada. Tras esto se proponen diversas soluciones:

1. Alejarse del entorno clínico temporalmente para garantizar tanto su seguridad como la de sus pacientes.
2. Búsqueda de ayuda emocional y psicológica.
3. Grupos de discusión con el resto del personal de la unidad para servir de apoyo y para detectar aquellos factores que predisponen al desarrollo del burnout.
4. Implicación de la institución en la prevención y tratamiento del síndrome de Burnout.

Así, como demuestra en el estudio realizado por María Paz Briones Miranda en 2019, este no es un fenómeno que afecte solo al personal sanitario. Se observa que el personal administrativo de una unidad de oncología presenta actitudes negativas hacia la muerte, lo que predispone a un mayor riesgo de burnout.

De igual forma, hay factores externos que condicionan esta situación. Con el Covid-19 esta situación se vio agravada. En el estudio realizado por Wallace, Wladkowski, Gibson y White (2020) se menciona la importancia del duelo tras la pandemia. Se destacan además las complicaciones por la distancia social, el aislamiento, el miedo a contagiarse y la imposibilidad de realizar los rituales de despedida. Esto puede tener efectos muy negativos en la persona a largo plazo.

Así, en el estudio realizado por Rabow, Huang, White-Hammond y Tucker (2021) se evidencia que el duelo profesional también se ha visto agravado. Esta situación aumenta el riesgo de sufrir un duelo complicado o duelo prolongado en el personal sanitario.

3. Justificación: Importancia del estudio de la muerte

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) plantea, en el objetivo 3, que garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible. Una de las metas para el 2030 es promover la salud mental y el bienestar. En la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021a) se encuentran los indicadores que muestran la evolución de los ODS en

España. Se puede ver como para la meta de la promoción de la salud mental, el único indicador disponible es el de la tasa de mortalidad por suicidio. Se observa que en 2020 se alcanzó uno de los valores más altos desde el pasado 2008. Además, Canarias (9,267) se encuentra en la quinta posición dentro de las Comunidades Autónomas con mayor tasa de mortalidad por suicidio, detrás del Principado de Asturias (12,014), Galicia (11,302), Castilla y León (9,534) y Andalucía (9,347). De igual forma, se puede ver que, en el pasado 2020, los varones son los que presentan mayores tasas de mortalidad por suicidio en todas las franjas de edad, aunque sigue una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad.

Sin embargo, cuando se habla de trastornos de salud mental se puede observar, a través del Informe de Salud Mental en Datos del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2020), lo siguiente:

- El trastorno de ansiedad afecta al 8,8% en mujeres y al 4,5% en hombres.
- El trastorno depresivo aparece en el 5,9% de las mujeres y en el 2,3% de los hombres.
- La reacción de adaptación se presenta en el 3,1% de las mujeres y en el 1,4% de los hombres.
- El síntoma trastornos del sueño afecta al 15,8% de las mujeres y al 5,1% de los hombres.

Además, según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) del Ministerio de Sanidad, el riesgo de tener una mala salud mental en 2017 era de un 13,92% en hombres y de un 21,90% en mujeres.

Así, el presente estudio es fundamental para el desarrollo de acciones clave para la mejora de la salud mental de un sector de alto riesgo: el personal sanitario. Además, este riesgo deriva de dos vertientes, su papel fundamental en la salud poblacional, que genera una sobrecarga en el personal, y su perfil altamente feminizado. En este sentido, las mujeres son más propensas a sufrir problemas de salud mental derivados de las desigualdades sociales y laborales a las que deben hacer frente, las responsabilidades familiares y de cuidado y la violencia de género.

El estudio de la afectación del personal sanitario ante la muerte es una cuestión fundamental al ser una profesión en continuo contacto con ella. La muerte es una parte más de la vida y es imprescindible aprender a afrontarla de forma adecuada para poder ofrecer un servicio adecuado y humano. Así, al tratar de forma efectiva los conflictos morales o las emociones que se derivan de las experiencias con el fallecimiento de pacientes se consigue una mejora en la calidad asistencial y una mejora en las condiciones laborales del personal. Implementando estrategias de afrontamiento adecuadas se puede conseguir una reducción de los factores estresores del personal sanitario, en especial aquellos generados por las situaciones derivadas del fallecimiento de los pacientes y del acompañamiento en el duelo a las familias.

Además, aplicando medidas para la reducción del Síndrome de Burnout se conseguiría reducir el gasto sanitario, pues el personal será más eficiente además de registrar menos bajas por estrés laboral y Burnout.

4. Objetivos

Con el presente trabajo se busca indagar en los efectos de la muerte de pacientes en el personal sanitario (personal de enfermería y auxiliar de enfermería) de Tenerife y la posible relación con el desarrollo del síndrome de burnout. Para ello se plantean los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

1. Estudiar cómo afecta la muerte de pacientes al personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.
2. Analizar si existe relación entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el desarrollo del síndrome de Burnout.

Hipótesis generales:

1. Al personal sanitario le afecta de forma negativa el fallecimiento de sus pacientes, siendo la tristeza el principal sentimiento experimentado. A las mujeres les afecta en mayor medida que a los hombres.

2. Existe relación positiva entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el padecimiento del síndrome de burnout.

Objetivos específicos:

1. Establecer el perfil del profesional sanitario que se ve más afectado por el fallecimiento de pacientes.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento a la muerte de pacientes que desarrolla el personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.

Hipótesis específicas:

1. El perfil del profesional sanitario que se ve más afectado por el fallecimiento de pacientes es el de aquellos que trabajan en unidades con cuidados de mayor duración (oncología, paliativos, etc.) en comparación con los de corta duración (quirófano, trasplantes, etc.), mujeres, de edades más jóvenes y de incorporación más reciente al puesto de trabajo.
2. La principal estrategia de afrontamiento del personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife es recurrir al apoyo social. Las mujeres recurrirán a estrategias más sociales y los hombres a estrategias más individualistas.

5. Material y método

La metodología llevada a cabo en el desarrollo de este estudio se ha dividido en cuatro subapartados: el *diseño del estudio*, que recogerá la metodología a seguir en cada objetivo y el proceso seguido para la elaboración de la encuesta (Anexo 14.1); la *población y elaboración de la muestra*; el *proceso de búsqueda bibliográfica* y el proceso de *tratamiento de los datos* que se ha llevado a cabo.

5.1. Diseño del estudio

Para el diseño del estudio se ha llevado a cabo una metodología cuantitativa realizada a través de una encuesta que se utilizará para dar respuesta a los cuatro objetivos planteados (Tabla 2).

Objetivo	Metodología	Instrumento
Obj. GENERAL 1: Estudiar cómo afecta la muerte de pacientes al personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.	Cuantitativa	Encuesta
Obj. GENERAL 2: Analizar si existe relación entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el desarrollo del síndrome de Burnout.		
Obj. ESPECÍFICO 1: Establecer el perfil del profesional sanitario que se ve más afectado por el fallecimiento de pacientes.		
Obj. ESPECÍFICO 2: Identificar las estrategias de afrontamiento a la muerte de pacientes que desarrolla el personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.		

Tabla 2: Metodología por objetivos. Fuente: Elaboración propia.

Para la selección de las variables de la encuesta se llevó a cabo una metodología específica para cada objetivo, con el fin de elaborar preguntas que respondieran a las cuestiones planteadas.

Para la elaboración de la primera parte de la encuesta se seleccionaron las variables principales para la elaboración del perfil sociodemográfico adecuado para este tipo de estudio, especificadas en la tabla 3.

Dimensión	Variabes	Categorías de análisis
	P1. Año de nacimiento	Abierta

Perfil sociodemográfico	P2. Sexo	1. Femenino
		2. Masculino
		3. Intersexual
	P3. Identidad de género	1. Mujer
		2. Hombre
		3. No binaria
	P4. Estado civil	1. Soltera/o
		2. En pareja no formal
		3. Pareja de hecho
		4. Casada/o
		5. Divorciada/o
		6. Separada/o
		7. Viuda/o
	P5. ¿Tiene hijas/os?	1. Sí
		2. No
	P6. ¿Considera que tiene una red de apoyo (familia, amistades, pareja...) buena?	1. Sí, cuento con una red de apoyo buena
		2. No, no tengo esa red de apoyo
		3. Tal vez, no estoy segura/o
	P7. Profesión	1. Enfermera/o
		2. Auxiliar de enfermería
P8. Lugar de trabajo	1. Hospital Universitario de Canarias	
	2. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria	
	3. Atención Primaria	
	4. Otro	
P9. Servicio/área de trabajo	Abierta	
1. P10. Años de experiencia en la profesión	1. Menos de 1 año	
	2. Entre 1 y 5 años	
	3. Entre 5 y 10 años	
	4. Entre 10 y 20 años	
	5. Más de 20 años	

Tabla 3: Variables del perfil sociodemográfico. Fuente: Elaboración propia.

Se han seleccionado estas variables para el estudio por ser aquellas que pueden mostrar información relevante sobre la muestra estudiada. Según numerosos estudios, éstas son variables que podrían favorecer o no el desarrollo del Síndrome de Burnout. La bibliografía consultada para la elección de estas variables de estudio es la siguiente:

- Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria) Frutos Martín, Manuel. (Edad, centro de trabajo, unidad/servicio de trabajo).
- Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de urgencias”. Albendin García, Luis (Género, edad, estado civil, antigüedad en la profesión y servicio).
- Prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del servicio andaluz de salud. Ramírez Baena, Lucía. (género, el estado civil y el número de hijos).
- Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en personal de enfermería. Cañadas De La Fuente, Guillermo Arturo (profesión, edad, género, estado civil, tener hijos, área sanitaria, tipo de turno).

Para la elaboración de la segunda parte de la encuesta se emplearon dos técnicas. En primer lugar, la realización de un brainstorming desestructurado en el que participaron 4 enfermeras trabajadoras del Hospital Universitario de Canarias, del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y de Atención Primaria. Tuvo una duración aproximada de 30 minutos y se realizó de forma telemática. Se plantearon las siguientes cuestiones a tratar:

- Limitaciones/problemas del personal sanitario a la hora de tratar con la muerte de los pacientes.
- Limitaciones/problemas a la hora de acompañar a las familias en el duelo.

- ¿Cuáles son los aspectos que les preocupan a la hora de tratar con la muerte como personal sanitario?

Tras esto, se dejó un periodo de reflexión y se dio libertad a las participantes para que fueran introduciendo sus ideas al grupo. Así, se obtuvieron los resultados contemplados en la tabla 4. Tras esto se elaboró un Ishikawa para la representación de los resultados obtenidos (ilustración 4).

Categoría	Ideas
<i>Afectación por tipo de muerte</i>	-Paciente menor de edad. -Paciente de igual edad que la persona sanitaria. -Fallecimiento inesperado sin posibilidad de despedirse de la familia. -Paciente con el que se mantiene un contacto mantenido en el tiempo.
<i>Culpabilización por la muerte</i>	-Cuestionar el trabajo propio. -Responsabilidad de la muerte. -Fallos en la realización de determinadas tareas.
<i>Afectación por servicio de trabajo</i>	-Diferencias entre servicios. -Mayor afectación en servicios en los que hay mayor contacto con los pacientes durante tiempos prolongados.
<i>Formación</i>	-Necesidad de formación en cómo afrontar la muerte. -Necesidad de formación en cómo dar la noticia a las familias. -Necesidad de formación en cómo tratar con personas que saben que van a morir.
<i>Falta de tiempo en la jornada laboral</i>	-No hay tiempo suficiente para dedicar a las familias en esos momentos.

Tabla 4: Resultados del Brainstorming. Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 4: Ishikawa del brainstorming. Fuente: Elaboración propia.

La segunda técnica es una revisión bibliográfica sobre encuestas previamente realizadas en otros estudios relacionados con el tema a tratar. Se emplearon los siguientes estudios:

1. Actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte, visión del proceso de morir hospitalario y los cuidados paliativos (Torrente Paños et al. 2017).
2. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo (Castanedo Córdoba, Suárez Solana, Vivar Molina, 2010).
3. The emotional labor of personal grief in palliative care: Balancing caring and professional identities (Funk, Peters, Roger, 2017).
4. “We are to be like machines...fill the bed before it gets cold”: Exploring the emotional geographies of healthcare providers caring for dying residents in long-term care facilities (Giesbrecht, Stajduhar, Cloutier, Dujela, 2021).

En la tabla 5 se pueden encontrar las variables resultantes de estas dos técnicas.

Dimensión	Variables	Categorías de análisis	Fuente
Experiencia con la muerte	P11. ¿Trabajó durante los meses de confinamiento en España?	1. Sí	Elaboración propia.
		2. No	
	P12. ¿Con qué frecuencia tiene contacto con la muerte en su trabajo?	1. Nunca	(Torrente Paños et al. 2017).
		2. Algunos días puntuales	
		3. Varias veces al mes	
		4. Varias veces a la semana	
		5. La mayoría de los días	
		6. Todos los días	
	P13. ¿Incrementó su contacto con la muerte desde que comenzó la pandemia?	1. Sí	Elaboración propia.
		2. No	
		3. Tal vez	
	P14. ¿En qué medida considera que le afecta el fallecimiento de un paciente?	1. Nada	(Torrente Paños et al. 2017). (Castanedo Córdoba, Suárez Solana, Vivar Molina, 2010).
		2. Solo ese día	
		3. Estoy pensando en ello durante varios días	
		4. Estoy pensando en ello más de una semana	
5. Me cuesta dejar de pensar en ello			
P15. En caso de responder que le afecta el fallecimiento de un paciente, ¿Qué sentimientos le genera?	1. Tristeza	(Castanedo Córdoba, Suárez Solana, Vivar Molina, 2010). (Giesbrecht, Stajduhar, Cloutier, Dujela, 2021).	
	2. Dolor		
	3. Empatía por la familia		
	4. Vulnerabilidad		
	5. Miedo		
	6. Rabia		
	7. Alivio		
	8. Tranquilidad		
	9. Impotencia		

		10. Culpabilidad	
		11. Otro	
	P16. ¿Considera que ha recibido formación suficiente para afrontar de forma adecuada la muerte y el acompañamiento en el duelo?	1. Sí	Brainstorming (Torrente Paños et al. 2017).
		2. No	
		3. No estoy segura/o	
	P17. Marque aquellas frases con las que se sienta identificada/o	1. En el servicio en el que trabajo hay un mayor contacto con la muerte que en otros servicios	Brainstorming
		2. Cuando fallece una persona de edad próxima a la mía me afecta.	Brainstorming (Funk, Peters, Roger, 2017).
		3. No hay tiempo suficiente para dedicar a las familias de las personas que fallecen.	Brainstorming
		4. Es necesario recibir una formación para tratar con personas que saben que van a morir.	Brainstorming (Torrente Paños et al. 2017).
		5. Siento que la muerte de una persona joven me afecta más.	Brainstorming (Castanedo Córdoba, Suárez Solana, Vivar Molina, 2010).

		6. A veces cuestiono mi trabajo cuando fallece un paciente	Brainstorming
		7. Me afecta más cuando fallece un paciente al que he atendido durante un periodo de tiempo largo.	Brainstorming (Funk, Peters, Roger, 2017).
		8. Las muertes por Covid-19 me han afectado negativamente	Elaboración propia
		9. Las muertes por Covid-19 me han hecho apreciar más la vida	Elaboración propia

Tabla 5: Variables relacionadas con la experiencia con la muerte. Fuente: Elaboración propia.

Para la tercera parte de la encuesta se empleará el cuestionario de estrategias de afrontamiento COPE-28 (Anexo 14.2). Este es un cuestionario en español abreviado del cuestionario COPE (60 ítems). Se utiliza para la evaluación de las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Consta de 28 preguntas que se evalúan con una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta (0 a 3). Así, podemos identificar 14 estrategias de afrontamiento: Afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión, desahogo y uso de sustancias. En la tabla 6 se recogen las preguntas asociadas a cada estrategia de afrontamiento.

Estrategias	Preguntas
Afrontamiento activo	2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy. 10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
Planificación	6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer. 26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
Apoyo emocional	9. Consigo apoyo emocional de otros. 17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.

Apoyo social	1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer. 28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.
Religión	16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales. 20. Rezo o medito.
Reevaluación positiva	14. Intento verlo con otros ojos para hacer que parezca más positivo. 18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
Aceptación	3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido. 21. Aprendo a vivir con ello.
Negación	5. Me digo a mí misma/o "esto no es real". 13. Me niego a creer que haya sucedido.
Humor	7. Hago bromas sobre ello. 19. Me río de la situación.
Autodistracción	4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente. 22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir a cine o ver la televisión.
Autoinculpación	8. Me critico a mí misma/o. 27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
Desconexión	11. Renuncio a intentar ocuparme de ello. 25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.
Desahogo	12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables. 23. Expreso mis sentimientos negativos.
Uso de sustancias	15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor. 24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.

Tabla 6: Preguntas COPE-28 agrupadas por estrategias. Fuente: Morán, Landero, González, 2010.

Para la cuarta parte de la encuesta se utilizará el cuestionario de evaluación del Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo 14.2). Este cuestionario cuenta con 22 ítems evaluados con una escala Likert de 7 opciones de respuesta (0 a 6) según la frecuencia con la que experimente esa situación concreta. El

cuestionario se divide en tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Con los resultados de este cuestionario se definiría el nivel de burnout que sufre la persona según las puntuaciones obtenidas (tabla 7).

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

(*) Síntomas de Burnout

Tabla 7: Puntuación de las subescalas del cuestionario MBI. Fuente: Cuestionario MBI

Para los cuatro objetivos planteados se realizará una misma encuesta dividida en cuatro diferentes apartados:

1ª parte: Datos sociodemográficos.

2ª parte: Relación con la muerte y sentimientos hacia ella (Influencia Covid-19).

3ª parte: Estrategias de afrontamiento. Escala COPE-28

4ª parte: Escala de Burnout. Cuestionario MBI

Así, en la tabla 8 se puede observar para qué objetivo se emplearía cada parte de la encuesta.

Objetivo	Contenido
<u>Obj. GENERAL 1:</u> Estudiar cómo afecta la muerte de pacientes al personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.	Búsqueda bibliográfica Brainstorming 2ª parte de la encuesta
<u>Obj. GENERAL 2:</u> Analizar si existe relación entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el desarrollo del síndrome de Burnout.	Cuestionario MBI 4ª parte de la encuesta

Obj. ESPECÍFICO 1 : Establecer el perfil del profesional sanitario que se ve más afectado por el fallecimiento de pacientes.	Perfil sociodemográfico 1ª parte de la encuesta
Obj. ESPECÍFICO 2 : Identificar las estrategias de afrontamiento a la muerte de pacientes que desarrolla el personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.	Escala COPE-28 3ª parte de la encuesta

Tabla 8: Contenido de la encuesta por objetivos. Fuente: Elaboración propia.

La encuesta final consta de 19 preguntas o ítems, con sus respectivas subpreguntas. La recogida de datos se llevará a cabo a través de la plataforma GoogleForms durante el tiempo estipulado en el cronograma.

Al tratarse de un estudio piloto no se ha validado la encuesta. Se validará al hacer el estudio a través del SPSS con el Alfa de Cronbach (Fiabilidad).

5.2. Población y muestra

Se contará con una muestra probabilística estratificada por lugar de trabajo y género del personal sanitario de enfermería del Servicio Canario de Salud. Se trabajará con una muestra del personal del sanitario que reúna los criterios de inclusión se encuentran recogidos en la tabla 9.

Criterio de inclusión	Variable de selección
Personal sanitario del Servicio Canario de Salud.	P8 Lugar de trabajo. Para identificar que sea personal de Tenerife.
Personal de enfermería y auxiliares de enfermería.	P7 Profesión. Para identificar que sea personal sanitario (enfermería y auxiliar de enfermería).
Unidades de trabajo con una mayor frecuencia de contacto con la muerte (UNIDADES INDICADAS A CONTINUACIÓN).	P9 Servicio/área de trabajo. Para identificar que trabajan en las unidades especificadas.

Trabajadores/as de las siguientes instituciones: <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias • Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. • Centros de Atención Primaria. 	P8 Lugar de trabajo. Para identificar que trabajan en los lugares incluidos en la muestra.
---	---

Tabla 9: Contenido de la encuesta por objetivos. Fuente: Elaboración propia.

Las unidades incluidas en la muestra serán las siguientes:

1. Aquellas unidades que traten a pacientes con patologías con mayor mortalidad: Oncología, Cardiología, plantas COVID y Hospitales de Día (Ministerio de Sanidad, 2021).
2. Aquellas unidades que proporcionen cuidados específicos a pacientes de mayor gravedad y mortalidad: Cuidados paliativos, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Semi-intensivos (UCSI).
3. Aquellas unidades que, por su naturaleza, puedan generar complicaciones médicas que deriven en el fallecimiento del paciente: Quirófano, trasplantes/donaciones de órganos.
4. Aquellas unidades en las que los cuidados dispensados sean de larga duración: Atención Primaria, UCI, UCSI.

La muestra se elaborará a partir de los datos de personal contratado proporcionados por las entidades.

5.2.1. Diseño de la muestra

El tamaño muestral (n) para proporciones estimadas con tamaño poblacional conocido se obtendrá de (1)

$$n = \frac{N \left(Z \frac{\alpha}{2} \right)^2 \hat{P}(1 - \hat{P})}{\varepsilon^2(N - 1) + \left(Z \frac{\alpha}{2} \right)^2 \hat{P}(1 - \hat{P})} \quad (1)$$

Donde N es el total de la población o universo, que es desconocida para este estudio piloto, $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ debido a que se busca un nivel de confianza del 95%, lo que nos deja un alfa de 0,05. Se asume $\hat{P} = 0,5$ porque se desconoce el valor real en la población y también se desconoce el valor de ε , que debe ser estimada a partir de los datos anteriores, se prefija a partir de los criterios de la persona investigadora. A mayor precisión, mayor deberá ser el tamaño muestral.

5.2.2. Muestreo estratificado

Tras el cálculo del tamaño muestral se realizará un muestreo estratificado con afijación proporcional entre las diferentes entidades y unidades de trabajo seleccionadas. El muestreo estratificado se realiza cuando contamos con una población heterogénea y queremos dividir a la población en diversos grupos o estratos homogéneos para poder comparar entre ellos. Para este estudio se dividirán los grupos en función del lugar de trabajo (Hospital Universitario de Canarias, Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Atención Primaria), en función de las unidades concretas especificadas anteriormente y en función del género. Para el cálculo de la muestra por estrato es necesario disponer en primer lugar del tamaño poblacional y de la muestra que se seleccionará de ésta. Para la afijación proporcional se reparte la muestra total proporcionalmente entre los estratos.

$$n_e = n \frac{N_e}{N_T}$$

Siendo:

n_e = tamaño de la muestra para cada estrato.

n = tamaño de la muestra total.

N_e = tamaño de cada estrato.

N_T = tamaño de la población o universo. (Ruiz Olabuénaga, 2012)

Debido a los retrasos en la concesión de permisos para la recogida de muestra en los centros sanitarios, el presente estudio es un estudio piloto. La muestra recogida es una muestra no probabilística que se ha obtenido a través de muestreo por bola de nieve. Este tipo de muestreo se elabora buscando personas que cumplan unas características determinadas que nos interesen para el estudio. Cada informante nos lleva a personas conocidas que compartan las mismas características por las que seleccionamos a esa persona inicialmente. Este tipo de muestreo presenta un sesgo importante, pues los informantes que seleccionamos condicionan al resto de informantes (José Ignacio Ruiz Olabuénaga, 2012).

La encuesta elaborada se ha distribuido entre diferentes grupos de WhatsApp y por diferentes redes sociales (como Instagram o Facebook). Se han obtenido finalmente 29 respuestas.

5.3. Proceso de búsqueda bibliográfica

Para realizar la búsqueda bibliográfica en relación a los antecedentes y estado actual de este estudio se han utilizado una serie de palabras clave: Duelo, muerte, burnout, personal sanitario, enfermería, fatiga por compasión. También se han utilizado las mismas palabras en inglés: Grief, death, burnout, health staff, nursing, compassion fatigue.

Así, se han tenido en cuenta algunos criterios de refinación para la selección de la bibliografía seleccionada. Se han seleccionado artículos científicos, pero también otro tipo de documentos como libros o tesis.

En primer lugar, se ha tenido en cuenta el idioma de publicación. Se han descartado aquellos que fueran publicados en otros idiomas distintos al español o el inglés.

En segundo lugar, se ha valorado el año de publicación del documento, valorando de forma más positiva aquellos publicados recientemente. Aunque en cada caso se han aplicado criterios diferentes, se ha limitado la búsqueda a publicaciones realizadas en los últimos 10 años.

Finalmente, otro criterio fundamental ha sido el factor de impacto y el cuartil en el que se encuentra la revista de publicación en el JCR y en el SJR. Se han priorizado aquellas revistas con un Q1 o un Q2, aunque no se han descartado aquellas con un Q3 o un Q4. Sí se han descartado aquellas que no se encuentran indexadas.

Se empleó el gestor bibliográfico Refworks para el almacenaje y clasificación de la bibliografía consultada.

Para iniciar la búsqueda bibliográfica se establecieron 4 grupos de palabras clave, 2 en español y 2 en inglés. Los grupos son los siguientes:

1. Duelo, burnout, enfermería.
2. Fatiga por compasión, personal sanitario, muerte.
3. Grief, burnout, nursing.
4. Compassion fatigue, health staff, death.

Se realizó una primera consulta a través del buscador de la Universidad de La Laguna, Punto Q, obteniéndose los resultados reflejados en la tabla 10.

Palabras clave	Resultados	Resultados filtrados	Seleccionados
Duelo, Burnout, Enfermería	41	33	3
Fatiga por compasión, sanitarios, muerte	28	23	1
Grief, burnout, nursing	4110	110	10
Compassion fatigue, health staff, death	6162	246	4

Tabla 10: Resultados de la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, los estudios seleccionados se encuentran principalmente entre los cuartiles Q1 y Q2 en JCR y en SJR. Solo dos de los artículos se encuentran en un Q3 o Q4. En el anexo 14.3 se puede encontrar una tabla resumen de la bibliografía seleccionada.

5.4. Metodología estadística

Los datos obtenidos en el estudio se tratarán con el Software IBM SPSS Statistic 25 a través del aplicativo del escritorio virtual disponible en la Universidad de La Laguna.

Tras la recogida de los datos se procederá, en primer lugar, al depurado y tratamiento de los datos, así como a la realización de las codificaciones necesarias. Tras esto, se pasará al tratamiento de los datos.

5.4.1. Estadística descriptiva

La estadística descriptiva es la parte de la estadística que muestra lo que sucede con los datos que se han recogido. Describe la realidad observada. La estadística descriptiva comprende:

1. Tablas de frecuencias.
2. Gráficos.
3. Estadísticos de posición, centralización, dispersión y forma.

En relación con el presente estudio, se ha recurrido a la estadística descriptiva para los siguientes objetivos:

Para el objetivo general 1 se realizará un análisis descriptivo en base a las tablas de frecuencia de las variables pertenecientes a la segunda parte de la encuesta (P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17).

Para el objetivo específico 1 se elaborará el perfil de las personas que sufren en mayor medida por el fallecimiento de un paciente. Para ello se realizará un análisis descriptivo de las tablas de frecuencia. Se seleccionarán las respuestas de los cuestionarios que seleccionaron las opciones 3 (Estoy pensando en ello durante varios días), 4 (Estoy pensando en ello más de una semana) y 5 (Me

cuesta dejar de pensar en ello) de la variable P14, que mide el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

Para el objetivo específico 2 se realizará un análisis descriptivo de las respuestas dadas en la pregunta P18 sobre estrategias de afrontamiento (cuestionario COPE-28). Así, se crearon nuevas variables que agruparan las respuestas en las 14 estrategias ya comentadas y se elaboró una tabla de frecuencias. Tras esto, se calcularon las puntuaciones totales de cada estrategia, multiplicando la puntuación obtenida por la frecuencia de esa puntuación y sumando el total para cada estrategia.

5.4.2. Estadística inferencial

La estadística inferencial es aquella que busca extender los resultados obtenidos en la muestra al total de la población objeto de estudio. Para este estudio, la estadística inferencial comprende:

1. Diagnóstico de normalidad.
2. Intervalos de confianza.
3. Prueba del Chi cuadrado.

Así, para el objetivo general 1 se decidió elaborar el intervalo de confianza para la variable 'Afectación por el fallecimiento de un paciente' (P14). Con esto se quiere inferir el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente en aquellos profesionales sanitarios que no están en la muestra. Para la realización de los intervalos de confianza se necesitará, en primer lugar, la elaboración del diagnóstico de normalidad. Para ello se elabora un histograma y un gráfico P-P PLOT para analizar gráficamente la distribución de los datos de la variable. Tras esto, se realiza la prueba no paramétrica de Kolmogorov- Smirnov, que nos indica, con mayor fiabilidad, si la variable sigue una distribución normal o no. En este sentido, si el p-valor es mayor a 0,05 entonces la variable sigue una distribución normal.

Tras esto se estudia si la variable cumple el Teorema Central del Límite, que dice que una variable sigue una distribución normal si es una variable promedio y si se cuenta con una muestra mayor a 30. En nuestro caso no puede ser aplicado, por no cumplir las hipótesis de dicho teorema. Si la variable sigue una

distribución normal, se calculará el intervalo de confianza a través de la prueba T para una muestra.

Para el objetivo general 2 se estudiará la relación entre las tres subcategorías del Síndrome de Burnout y la pregunta ¿En qué medida considera que le afecta el fallecimiento de un paciente? (P14).

Para estudiar la relación entre dos variables cualitativas ordinales se realizará la prueba del Chi cuadrado. Ésta mide la intensidad de asociación entre dos variables ordinales y toma un valor entre -1 y 1. Para analizar el sentido de la asociación se podrá usar la D de Somers o la Tau de Kendall.

6. Resultados

Para este estudio piloto se obtuvieron un total de 29 respuestas, de las que el 86,2% son mujeres, con una mediana de edad de 35 años. La edad mínima registrada son 19 años, la máxima son 62. Así, el percentil 25 es 25 años, el percentil 50 es 35 años y el percentil 42,5 años. (Ilustración 5). Así, el 55,2% tiene 35 años o menos.

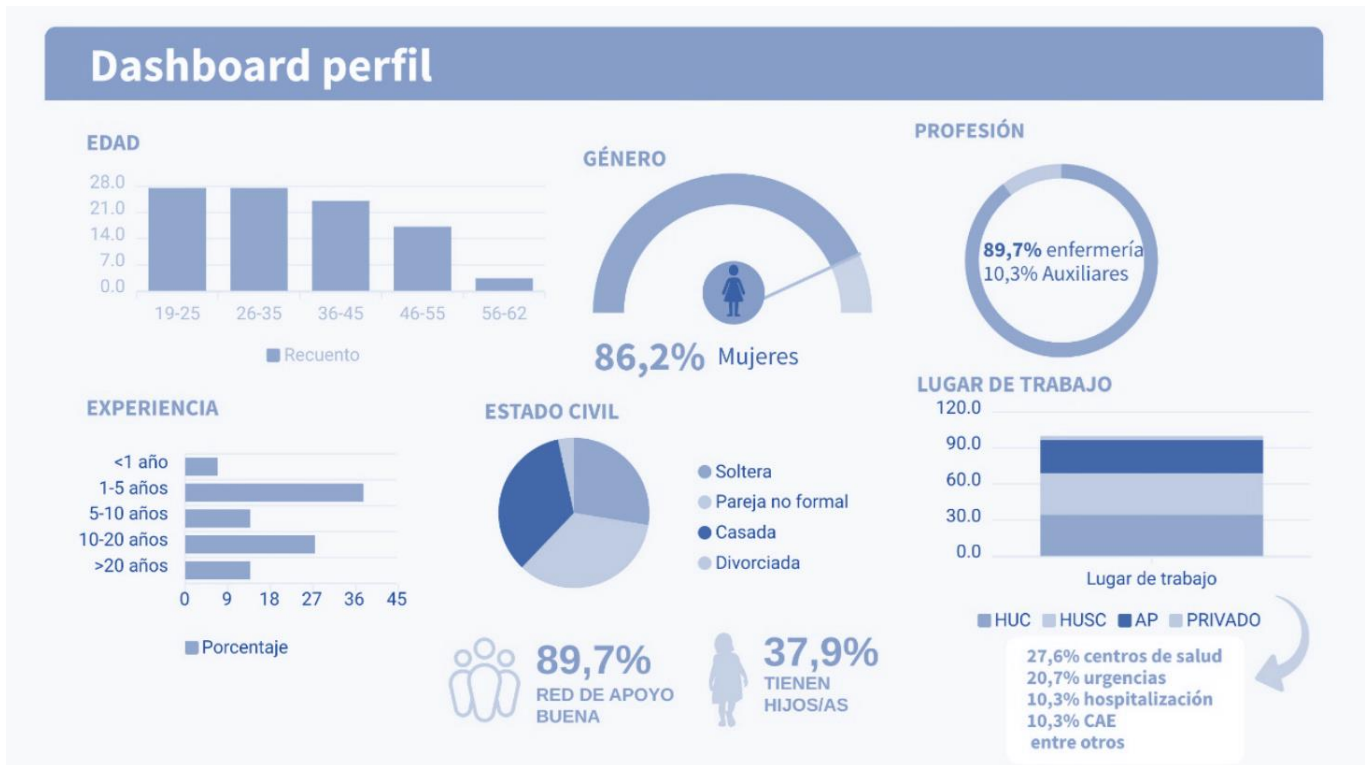


Ilustración 5: Dashboard perfil de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

Así, el 89,7% son enfermeras y el 37,9% tiene una experiencia en su puesto de trabajo de entre 1 y 5 años. Por otro lado, el 34,5% tiene una relación no formal y el 34,5% está casada/o. Finalmente, el 69% trabaja en alguno de los dos hospitales. Las tablas correspondientes a estos datos se encuentran en el anexo 14.5.

Objetivo general 1

Para el primer objetivo general de este estudio se planteó

“estudiar cómo afecta la muerte de pacientes al personal sanitario de Canarias”

Así, se puede observar que el 51,7% de la muestra tiene contacto con la muerte solo algunos días puntuales. Sin embargo, para el 17,2% ocurre varias veces al mes. Para otro 17,2% varias veces a la semana y para el 6,9% la mayoría de los días. El 6,9% restante afirma no tener contacto con la muerte nunca en su puesto

de trabajo. El 41,4% manifiesta que su contacto con la muerte incrementó desde que inició la pandemia.

Así, el 62,1% está pensando en el fallecimiento durante varios días. Además, al 6,9% le cuesta dejar de pensar en ello. Por otro lado, el 17,2% piensa en ello solo ese día y el 13,8% restante no piensa en ello.

Si analizamos los sentimientos que afirman experimentar ante el fallecimiento de un paciente se puede observar que los principales son la empatía por la familia (85,2%) y la tristeza (77,8%). Otros sentimientos mencionados son el miedo (29,6%), la impotencia (29,6%), la vulnerabilidad (18,5%), el dolor (18,5%), la rabia (14,8%), la culpabilidad (14,8%), el alivio (11,1%) y la tranquilidad (7,4%). Se puede observar que los sentimientos positivos son los que se manifiestan en menor medida. Esto se puede ver gráficamente en la ilustración 6.

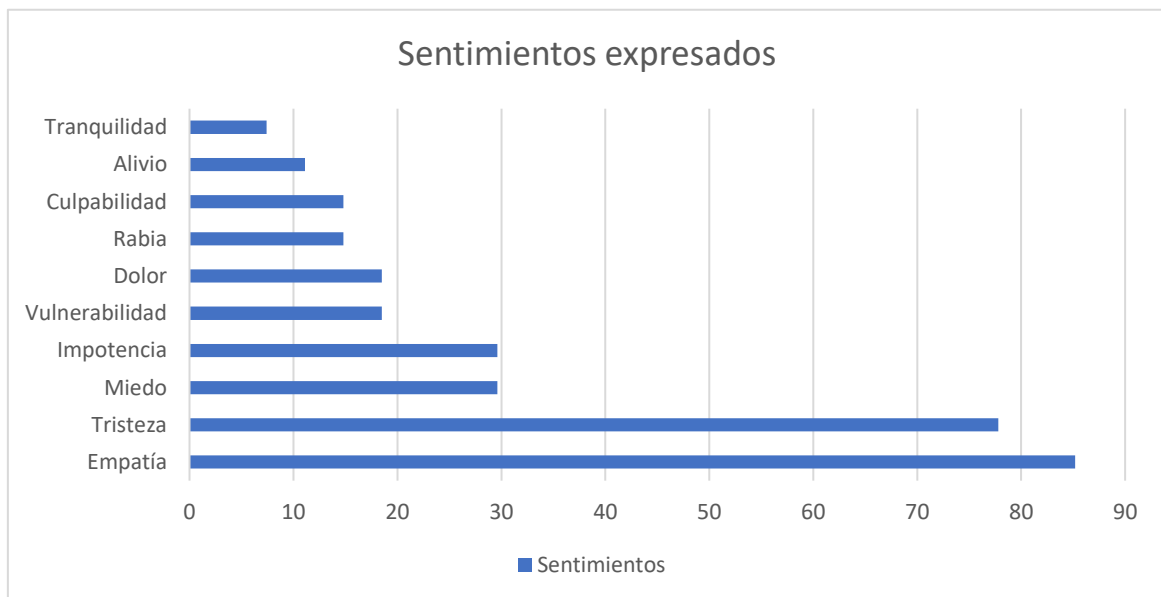


Ilustración 6: Sentimientos expresados ante el fallecimiento de un paciente. Porcentaje.

Para el 69% el fallecimiento de una persona de una edad próxima a la suya le afecta en mayor medida que en otros casos. Para el 75,9% le afecta más el fallecimiento de una persona joven. Se pueden observar en estos datos que la edad de la persona fallecida es importante a la hora de determinar la experiencia

con la muerte del personal sanitario. Por otro lado, el 69% manifiesta que les afecta más cuando fallece un paciente al que han atendido por un largo período de tiempo. Se puede observar también la importancia del apego con pacientes y familiares.

En este sentido, el 69% considera que no ha recibido formación suficiente para saber cómo afrontar la muerte y sobre cómo tratar el duelo profesional y familiar. Solo el 10,3% afirma haber recibido formación suficiente. Así, el 72,4% considera fundamental recibir formación para tratar la muerte, en especial para tratar con personas que saben que van a morir.

Así, para este primer objetivo se puede decir que el 41,7% tiene contacto con la muerte durante varias veces al mes o más en su puesto de trabajo. Además, para el 41,4% aumentó el contacto con la muerte desde que comenzó la pandemia a finales de 2019. Por otro lado, el 69% piensa en la muerte del paciente durante varios días o más y los sentimientos principales que se manifiestan son la empatía por la familia y la tristeza. Destaca también la importancia de la edad de la persona fallecida (juventud y grupo etario del profesional sanitario) y el apego desarrollado por parte del personal sanitario hacia el paciente. Destaca la importancia dada a la formación para poder afrontar estas situaciones y la carencia de ésta. Las tablas se pueden encontrar en el anexo 14.5.

Así, si estudiamos las diferencias por género se puede observar que al 75% de los hombres no les afecta nada el fallecimiento de un paciente. El 25% restante está pensando en ello durante varios días. En cambio, para las mujeres ocurre que el 68% está pensando en ello durante varios días, mientras que al 4% no le afecta nada. El 8% de las mujeres no puede dejar de pensar en ello.

En cuanto a los sentimientos que más se experimentan cuando fallece un paciente, las mujeres destacan los sentimientos de empatía por la familia (84%), tristeza (80%) y miedo (32%). Los hombres, por otro lado, expresan empatía por la familia (100%), tristeza, dolor, impotencia y culpabilidad (50% cada una).

Así, podemos observar en la tabla 11 que existen diferencias por género en determinadas cuestiones estudiadas. Así, a las mujeres les afecta más cuando

fallece una persona de edad próxima a la suya y cuando fallece un paciente al que han atendido durante un periodo de tiempo largo. Así, el 75% de los hombres frente al 64% de las mujeres considera que no hay tiempo suficiente para dedicarle a las familias de las personas que fallecen. Por otro lado, el 12% de las mujeres frente al 0% de los hombres expresan que las muertes por Covid-19 les han afectado negativamente.

Ítem	Mujeres	Hombres
Cuando fallece una persona de edad próxima a la mía me afecta más	72%	50%
No hay tiempo suficiente para dedicarle a las familias	64%	75%
Es necesario recibir formación para tratar con personas que saben que van a morir	72%	75%
La muerte de una persona joven me afecta más	76%	75%
Cuestiono mi trabajo cuando fallece un paciente	8%	0%
Me afecta más cuando fallece un paciente que he cuidado durante un largo periodo de tiempo	72%	50%
Las muertes por covid-19 me han afectado negativamente	12%	0%
Las muertes por covid-19 me han hecho apreciar más la vida	36%	25%

Tabla 11: Resultados pregunta P17

Se pueden apreciar diferencias por género, pero sería necesaria una muestra mayor para poder observar resultados más fiables. En este sentido, se pueden observar diferencias en el grado de afectación por la muerte, pues para la mayoría de los hombres no supone nada, mientras que la mayoría de las mujeres está pensando en ello durante varios días. Además, en cuanto a los sentimientos experimentados podemos ver que comparten la empatía por la familia y la tristeza, pero las mujeres expresan también sentir miedo, mientras que los hombres expresan sentimientos derivados de su actividad laboral (impotencia y culpabilidad).

Por otro lado, se pretende calcular el intervalo de confianza para la variable afectación por el fallecimiento de un paciente (escala 0-5). En primer lugar, hay

que realizar el diagnóstico de normalidad de la variable, pues un intervalo de confianza solo se puede realizar en variables que sigan una distribución normal. En la ilustración 7 se observa el histograma de la variable *en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente* como primer paso para el estudio de la normalidad de la variable.

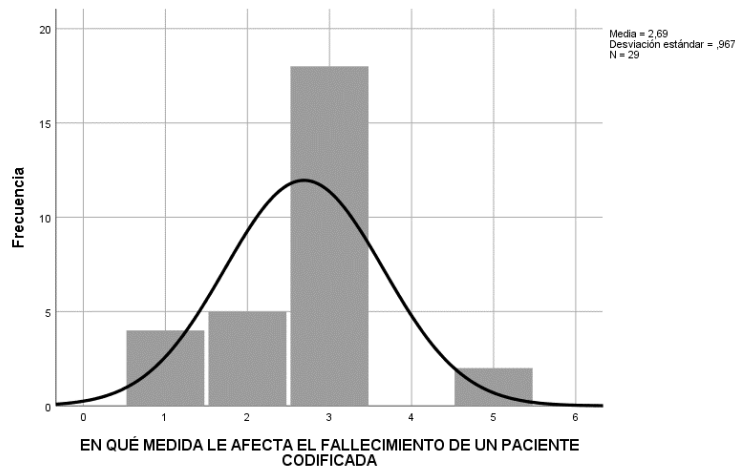


Ilustración 7: Histograma en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente.

El histograma representa la variable grado de afectación por el fallecimiento de un paciente. Sirve para diagnosticar de forma gráfica la normalidad de la variable; requisito necesario para elaborar el intervalo de confianza. Si el histograma representa una distribución normal debe parecerse a una campana de Gauss (que está representada por la línea negra del gráfico). En este caso no parece que se distorsione notablemente de la campana de Gauss, pero con tan pocos datos no se podría afirmar. Vamos a usar otros métodos para comprobar si la variable sigue una distribución normal. En la ilustración 8 podemos ver el gráfico P-P Plot para la misma variable:

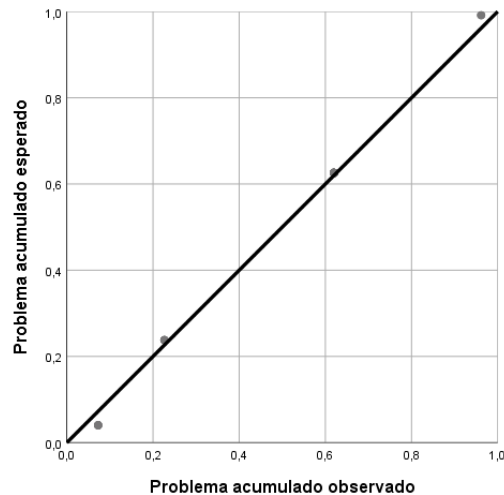


Ilustración 8: Gráfico P-P Normal de En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente.

El gráfico P-P PLOT representa el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente. Es útil para medir la normalidad de la variable. Si la variable es normal, los puntos deben seguir aproximadamente una línea recta. En este caso parece que se ajustan a una recta. De igual forma, realizaremos pruebas más robustas para verificar lo que podemos ver a simple vista, ya que con tan pocos datos no se puede asegurar nada. En la tabla 12 se puede ver el test de Kolmogorov-Smirnov:

		En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente
N		29
Parámetros normales ^{a, b}	Media	2,69
	Desv. Desviación	,967
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,315
	Positivo	,305
	Negativo	-,315
Estadístico de prueba		,315
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c
a. La distribución de prueba es normal.		
b. Se calcula a partir de datos.		
c. Corrección de significación de Lilliefors.		

Tabla 12: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente).

El test de Kolmogorov-Smirnov sirve, de igual forma, para medir la normalidad de la variable. En primer lugar, debemos definir lo siguiente:

H_0 = La variable tiempo de remisión del dolor sigue una distribución normal.

H_1 = La variable tiempo de remisión del dolor no sigue una distribución normal.

Si la variable es normal, el p-valor debe ser mayor que 0,05. ~~Si no fuese normal sería menor que 0,05.~~ En este caso podemos ver que la significación es 0,000, por lo que podríamos decir que la distribución finalmente no sigue una distribución normal. Por tanto, se rechaza H_0 .

La variable estudiada tampoco cumple el teorema central del límite (TCL). El TCL afirma que si tenemos un número elevado de observaciones (>30) y la variable es un promedio, se puede afirmar que la distribución es normal. En este caso no se puede aplicar el Teorema Central del Límite dado que la variable no es el promedio del grado de afectación por el fallecimiento de un paciente. Además, existen menos de 30 observaciones (solo hay 29). Aun así, solo a nivel de estudio piloto, se calculará el intervalo de confianza como referencia de lo que se realizaría en el estudio. Para ello se necesita calcular una prueba de comparación de medias: Prueba T para una muestra (tabla 13).

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente	14,972	28	,000	2,690	2,32	3,06

Tabla 13: Prueba T para una muestra (En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente).

Así, en caso de haber seguido una distribución normal, el intervalo de confianza sería $(2,32 < \bar{X} < 3,06)$. Esto indicaría, que la media de la medida de afectación del fallecimiento del paciente, con una probabilidad del 95% entre los valores 2 y 3 de la pregunta, que se corresponden con las etiquetas “sólo ese día” y “estoy pensando en ello durante varios días”. Así, cuanto más alto sean estos valores, mayor será el grado de afectación por la muerte, siendo 5 el valor más alto.

Por tanto, se puede verificar la hipótesis planteada inicialmente: *Al personal sanitario le afecta de forma negativa el fallecimiento de sus pacientes, siendo la tristeza el principal sentimiento experimentado.*

Objetivo general 2

Para el objetivo general 2:

“Analizar si existe relación entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el desarrollo del síndrome de Burnout”

se planteó analizar si existe relación entre el sufrimiento por el fallecimiento de pacientes y el padecimiento del Síndrome de Burnout. Para ello se realiza la prueba del chi cuadrado. Se estudiarán las tres dimensiones del síndrome de burnout, ya que no se dispone de un indicador unificado que identifique el Síndrome de Burnout.

En la tabla 14 se pueden observar los resultados obtenidos para las tres dimensiones del síndrome de burnout, clasificadas en bajo, medio y alto:

		Recuento	% de N columnas
Despersonalización	Bajo	14	48,3%
	Medio	8	27,6%
	Alto	7	24,1%
Agotamiento	Bajo	15	51,7%
	Medio	5	17,2%
	Alto	9	31,0%

Realización	Bajo	11	37,9%
	Medio	7	24,1%
	Alto	11	37,9%

Tabla 14: Tabla de frecuencias dimensiones del Síndrome e Burnout.

Para padecer Burnout, se debe obtener una puntuación alta en despersonalización y agotamiento y una puntuación baja en realización personal. Así, se puede apreciar que el 51,7% presentan síntomas de despersonalización medio-alto. Además, el 48,2% experimenta síntomas de agotamiento emocional medio alto. Finalmente, el 62% presenta síntomas de realización personal media-baja.

De forma general, se aprecia que el 13,8% presenta niveles bajos de burnout, mientras que el 51,7% presenta niveles medio-bajos y el 34,5% niveles medio-altos de burnout. No se registra ninguna persona con niveles altos de burnout en la muestra.

A continuación, se procederá a analizar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las tres dimensiones del Burnout y el grado de afectación por la muerte de pacientes:

Despersonalización

A nivel descriptivo se puede observar en la tabla 15 que la categoría con un mayor número de personas es aquella en la que presentan valores bajos de despersonalización y piensan en el fallecimiento de un paciente durante más de una semana. Para el nivel medio de despersonalización, la mayoría de las personas también se encuentran pensando en el fallecimiento de un paciente durante más de una semana. Aquellas personas con un nivel alto de despersonalización se encuentran distribuidas de forma más homogénea.

		En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente				
		Nada	Solo ese día	Estoy pensando en ello durante varios días	Estoy pensando en ello más de una semana	Me cuesta dejar de pensar en ello
Despersonalización	Bajo	2	2	10	0	0
	Medio	0	1	6	0	1
	Alto	2	2	2	0	1

Tabla 15: Cruce de variables en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y despersonalización.

En la ilustración 9 se puede observar esto gráficamente:

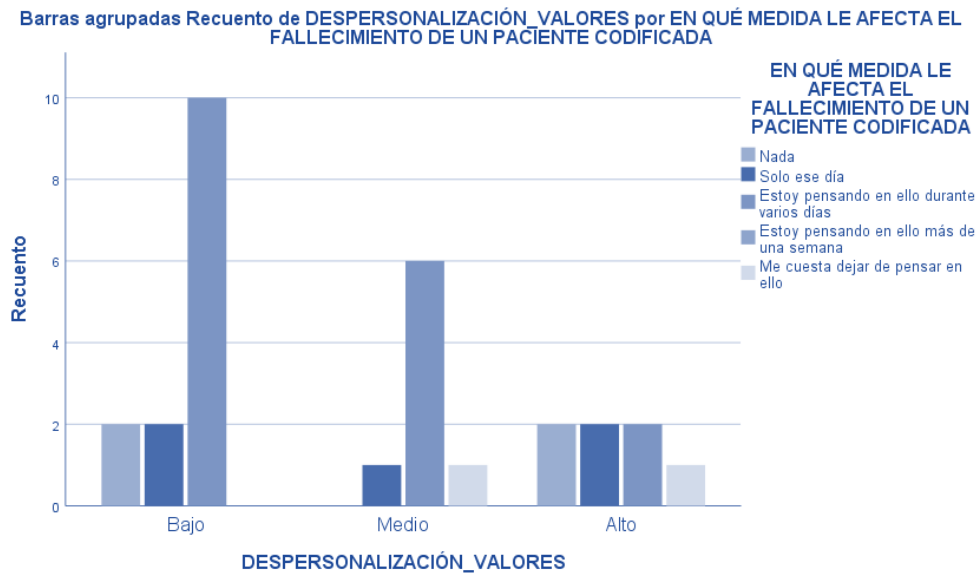


Ilustración 9: Barras agrupadas en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y despersonalización.

Tras esto, la prueba de chi cuadrado reflejada en la tabla 16 nos indica que no existe relación entre las variables.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,473 ^a	6	,372
Razón de verosimilitud	8,301	6	,217
Asociación lineal por lineal	,002	1	,968
N de casos válidos	29		
a. 11 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.			

Tabla 16: Chi cuadrado: en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y despersonalización.

Si ésta es menor que $\alpha=0,01$ y $\alpha=0,05$ rechazamos H_0 , si es mayor no existirían evidencias para rechazar H_0 . En este caso definimos que:

H_0 . = No existe relación entre la despersonalización y el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

H_1 . = Existe relación entre la despersonalización y el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

En este caso, como el p-valor es 0,372, podemos decir que no existen evidencias para rechazar H_0 .

Agotamiento emocional

A nivel descriptivo se puede observar en la tabla 17 que la categoría con un mayor número de personas es aquella en la que presentan valores bajos de agotamiento emocional y piensan en el fallecimiento de un paciente durante varios días. Para el nivel medio de agotamiento emocional, la distribución se produce de forma más homogénea. Aquellas personas con un nivel alto de agotamiento emocional se encuentran más concentradas en aquellas que piensan en el fallecimiento del paciente durante varios días.

		En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente				
		Nada	Solo ese día	Estoy pensando en ello durante varios días	Estoy pensando en ello más de una semana	Me cuesta dejar de pensar en ello
Agotamiento	Bajo	3	2	9	0	1
	Medio	1	1	2	0	1
	Alto	0	2	7	0	0

Tabla 17: Cruce de variables en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y agotamiento.

En la ilustración 10 se puede observar esto gráficamente:

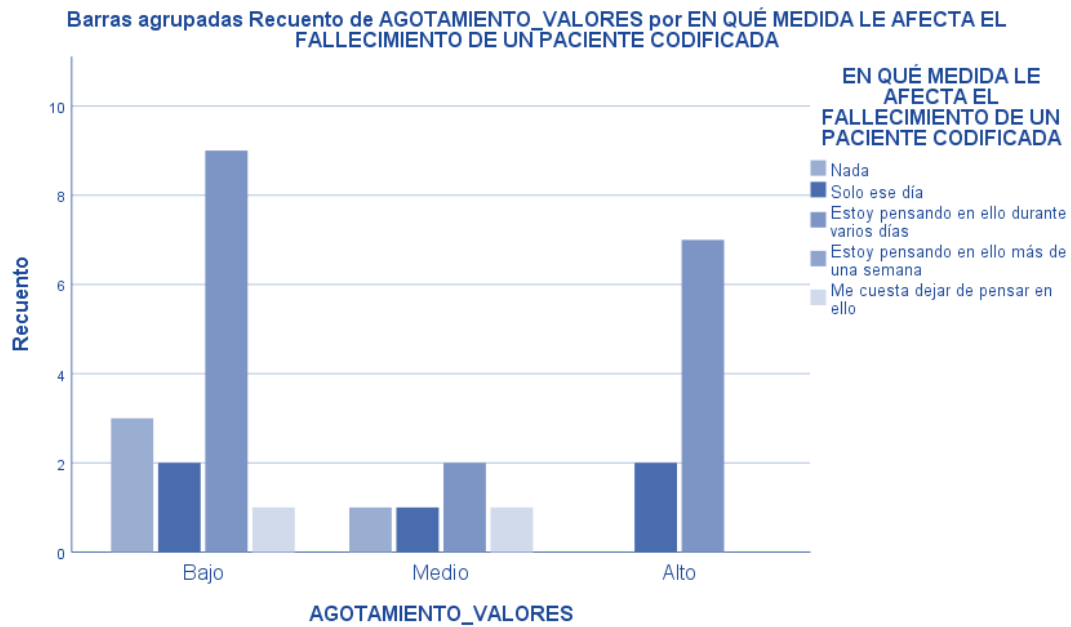


Ilustración 10: Barras agrupadas en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y agotamiento.

En la prueba del chi cuadrado reflejada en la tabla 18 se puede observar lo siguiente:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,712a	6	,581
Razón de verosimilitud	6,109	6	,411
Asociación lineal por lineal	,215	1	,643
N de casos válidos	29		
a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.			

Tabla 18: Chi cuadrado: en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y agotamiento.

En este caso definimos que:

H_0 . =No existe relación entre el agotamiento emocional y el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

H_1 . =Existe relación entre el agotamiento emocional y el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

En este caso, como el p-valor es 0,581, podemos decir que no existen evidencias para rechazar H_0 .

Realización personal

A nivel descriptivo se puede observar en la tabla 19 que la categoría con un mayor número de personas es aquella en la que presentan valores bajos de realización personal y piensan en el fallecimiento de un paciente durante varios días. Para el nivel medio y alto de realización personal ocurre igual que en el nivel anterior.

		En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente				
		Nada	Solo ese día	Estoy pensando en ello durante varios días	Estoy pensando en ello más de una semana	Me cuesta dejar de pensar en ello
Realización personal	Bajo	1	2	7	0	1
	Medio	1	1	5	0	0
	Alto	2	2	6	0	1

Tabla 19: Cruce de variables en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y realización personal.

En la ilustración 11 se puede observar esto gráficamente:

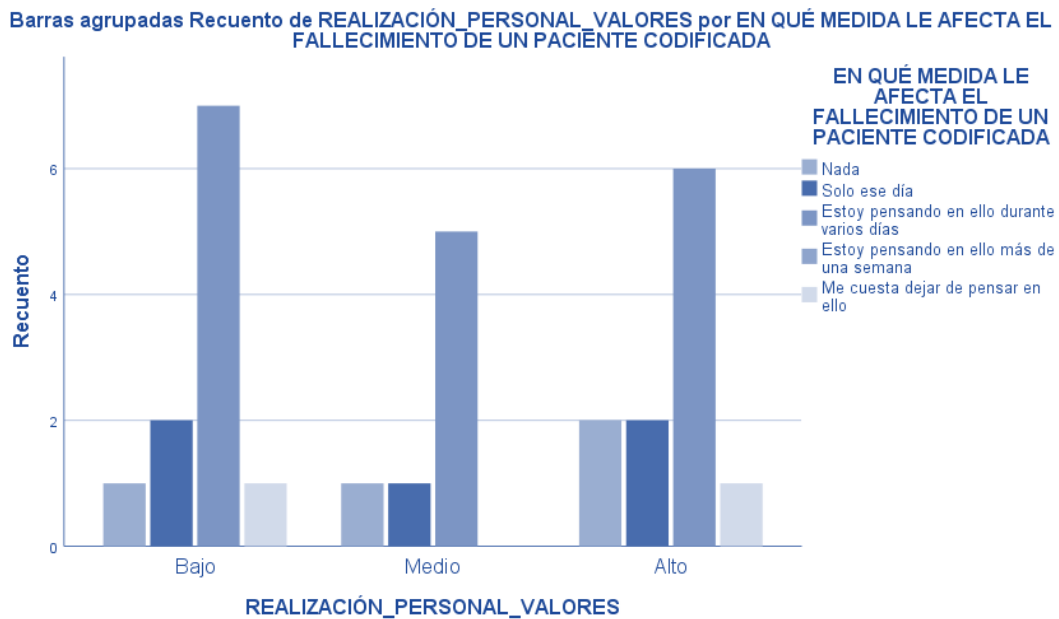


Ilustración 11: Barras agrupadas en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y realización personal

Así, la prueba del chi cuadrado de la tabla 20 muestra lo siguiente:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1, 218a	6	,976
Razón de verosimilitud	1,698	6	,945
Asociación lineal por lineal	,194	1	,659
N de casos válidos	29		
a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.			

Tabla 20: Chi cuadrado: en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente y realización personal

En este caso definimos que:

H_0 . =No existe relación entre la realización personal y el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

H_1 . =Existe relación entre la realización personal y el grado de afectación por el fallecimiento de un paciente.

Así, como el p-valor es 0,976, podemos decir que no existen evidencias para rechazar H_0 .

Tras observar estos resultados, no se podría verificar la hipótesis planteada inicialmente: Existe relación positiva entre el grado de afectación por el fallecimiento de pacientes y el padecimiento del síndrome de burnout. Se puede observar que no existe relación entre ninguna de las 3 dimensiones del síndrome de burnout y el grado de afectación por la muerte de pacientes. Sería necesario aumentar el tamaño muestral.

Objetivo específico 1

Para el objetivo específico 1 se estableció

“Establecer el perfil del profesional sanitario que se ve más afectado por el fallecimiento de pacientes”.

Así, se puede observar que, al seleccionar los casos que se corresponden con las respuestas 3 (Estoy pensando en ello durante varios días), 4 (Estoy pensando en ello más de una semana) y 5 (Me cuesta dejar de pensar en ello) de la pregunta P14, quedaría el perfil contemplado en la ilustración 12.

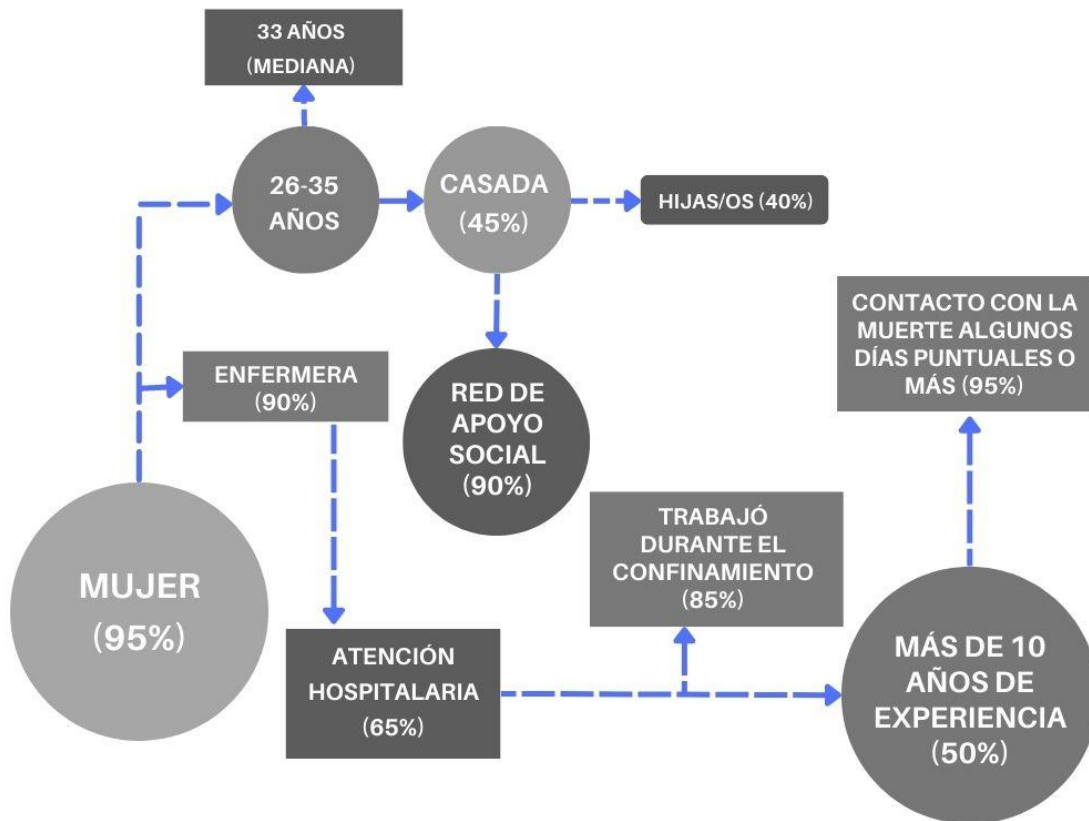


Ilustración 12: Perfil del personal sanitario que sufre en mayor medida el fallecimiento de un paciente (perfil de riesgo)

El 95% de las personas que sufren en mayor medida por el fallecimiento de un paciente son mujeres, con un percentil 50 de 33 años. El 45% están casadas y el 60% no tiene hijos. Así, el 90% cuenta con una red de apoyo buena. En el ámbito profesional, el 90% son enfermeras. El 65% desarrolla su tarea asistencial en la atención hospitalaria. Además, el 50% tiene más de 10 años de experiencia y el 65% tiene contacto con la muerte solo en días puntuales. Los servicios en los que se concentran el mayor porcentaje de personas son: Atención primaria (30%), Urgencias (20%), Oncología (10%), hospital de día (10%) y hospitalización (10%).

Así, la hipótesis planteada se puede verificar parcialmente. Se estableció lo siguiente: “El perfil del profesional sanitario que se ve más afectado por el fallecimiento de pacientes son aquellos que trabajan en unidades con cuidados de mayor duración (oncología, paliativos, etc.) en comparación con los de corta duración (quirófano, trasplantes, etc.), mujeres, de edades más jóvenes y de incorporación más reciente al puesto de trabajo.”

Objetivo específico 2

Para el objetivo específico 2 se planteó lo siguiente:

“Identificar las estrategias de afrontamiento a la muerte de pacientes que desarrolla el personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife.”

Así, en la tabla 21 se pueden observar las puntuaciones obtenidas para las diferentes estrategias recogidas en el cuestionario COPE-28:

Estrategias	Puntuación
Afrontamiento activo	112
Planificación	72
Apoyo emocional	75
Apoyo social	67
Religión	30
Reevaluación positiva	79
Aceptación	128
Negación	21
Humor	21
Autodistracción	72
Autoinculpación	29
Desconexión	22
Desahogo	69
Uso de sustancias	4

Tabla 21: Resultados de las estrategias de afrontamiento.

Se puede observar que las estrategias más usadas son las de aceptación con 128 puntos, las de afrontamiento positivo con 112 puntos y las de reevaluación positiva con 79 puntos. Por otro lado, las menos utilizadas son el uso de sustancias con 4 puntos, y la negación y el humor con 21 puntos cada una. La tabla con los resultados se encuentra en el anexo 14.5.

En la tabla 22 se encuentran las preguntas concretas asociadas a cada estrategia:

Estrategias	Preguntas
Mayor uso	
Afrontamiento activo	2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy. 10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
Reevaluación positiva	14. Intento verlo con otros ojos para hacer que parezca más positivo. 18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
Aceptación	3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido. 21. Aprendo a vivir con ello.
Menor uso	
Negación	5. Me digo a mí misma/o "esto no es real". 13. Me niego a creer que haya sucedido.
Humor	7. Hago bromas sobre ello. 19. Me río de la situación.
Uso de sustancias	15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor. 24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.

Tabla 22: Estrategias de afrontamiento de menor y mayor uso.

Así, se puede observar que las estrategias de mayor uso son respuestas positivas, de aceptación de sucedido, de afrontar lo sucedido y de reevaluación positiva de la situación. Son estrategias en las que es la propia persona la que busca la solución, no busca apoyo en otras personas ni recurre a recursos o

herramientas externas. Tienen una cierta tendencia individualista. En cambio, las de menor uso son estrategias más negativas, que buscan la negación y fomentan en uso de recursos externos para superar lo sucedido, como el humor o el uso de sustancias (alcohol u otras drogas).

Si estudiamos las diferencias por género, en la tabla 23 se puede observar lo siguiente:

Mujeres		Hombres	
Estrategias	Puntuación	Estrategias	Puntuación
Afrontamiento activo	102	Afrontamiento activo	10
Planificación	68	Planificación	4
Apoyo emocional	72	Apoyo emocional	3
Apoyo social	66	Apoyo social	1
Religión	25	Religión	5
Reevaluación positiva	73	Reevaluación positiva	6
Aceptación	109	Aceptación	19
Negación	20	Negación	1
Humor	17	Humor	4
Autodistracción	70	Autodistracción	2
Autoinculpación	23	Autoinculpación	6
Desconexión	20	Desconexión	2
Desahogo	64	Desahogo	5
Uso de sustancias	4	Uso de sustancias	0

Tabla 23: Estrategias de afrontamiento de menor y mayor uso por género

Así, para las mujeres las estrategias a las que más recurren la aceptación (109), son el afrontamiento activo (102), la reevaluación positiva (73) y el apoyo emocional (72). Las menos usadas son la negación (20), la desconexión (20), el humor (17) y el uso de sustancias (4).

Para los hombres, las estrategias más usadas son la aceptación (19), el afrontamiento activo (10), la autoinculpción (6) y la reevaluación positiva (6). Las menos usadas son la autodistracción (2), la desconexión (2), el apoyo social (1) y el uso de sustancias (0).

Se pueden apreciar ligeras diferencias en las estrategias utilizadas por hombres y mujeres para hacer frente a la muerte. Aunque es cierto que coinciden en la aceptación, el afrontamiento activo y la reevaluación positiva, difieren en la cuarta estrategia: las mujeres optan más por el apoyo emocional, buscan apoyo en los demás, mientras que los hombres recurren a la autoinculpción, se culpan por lo sucedido.

Así, la hipótesis planteada inicialmente:

“La principal estrategia de afrontamiento del personal sanitario del Servicio Canario de Salud en Tenerife es recurrir al apoyo social. Las mujeres recurrirán a estrategias más sociales y los hombres a estrategias más individualistas.”

No se podría verificar debido a que las estrategias principales identificadas son referidas a actitudes individualistas, no de apoyo social. En cambio, si se verifican las diferencias por género.

7. Cronograma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Diciembre																																
Enero																																
Febrero																																
Marzo																																
Abril																																
Mayo																																
Junio																																

	Reuniones con la tutora
	Breve planteamiento del estudio y periodo de exámenes
	Descanso
	Búsqueda bibliográfica, elaboración de la encuesta, diseño y solicitud de permisos
	Solicitud de permisos
	Recogida de datos
	Depuración y análisis de resultados
	Conclusiones y maquetación del diseño final
	Correcciones, mejoras y modificaciones
	Entrega del documento y defensa

8. Presupuesto

Con el fin de reducir el presupuesto lo máximo posible, la autora del estudio se encargará de la recogida de datos, del tratamiento y análisis estadístico y de la elaboración y maquetación del informe. Además, se hará uso de los equipos personales y de las herramientas que proporciona la propia Universidad de La Laguna (escritorio virtual para el uso del IBM SPSS Statistics) y las herramientas gratuitas disponibles (GOOGLE Forms para la recogida de datos). Por tanto, el presente estudio piloto se ha desarrollado con un presupuesto total de 0€.

Para la realización del estudio se utilizarían las mismas herramientas y recursos, por lo que se espera que el presupuesto total sea también de 0€. Esto dependerá de la magnitud que se desee abarcar.

9. Implicaciones del estudio

Tras la elaboración del estudio, se llega a la conclusión de que la elaboración de una investigación como ésta con la finalidad de detectar necesidades y aplicar medidas para su mejoría, reportaría beneficios a diversos niveles:

1. Beneficios para el personal sanitario:

El personal sanitario se beneficia al poder ejercer su profesión con mayor calidad y satisfacción asistencial y laboral. La calidad se define como hacer bien lo adecuado (Ilustración 13).



Ilustración 13: Definición de Calidad. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018).

El personal sanitario estaría más satisfecho en su puesto de trabajo, por lo que trabajarían en mejores condiciones. Así, una mayor calidad asistencial garantiza una mayor seguridad del personal. La seguridad es una de las dimensiones transversales de la calidad asistencial: Debe estar presente en todo el proceso asistencial (ilustración 14).



Ilustración 14: Dimensiones de la calidad asistencial. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018).

Además, uno de los beneficios principales es la mejora de la salud mental del personal sanitario.

2. Beneficios para los pacientes:

El paciente recibiría un trato de mayor calidad al reducirse los errores humanos. Así, el aumento de la calidad asistencial también va de la mano de la seguridad del paciente.

Los beneficios del afrontamiento del burnout y del correcto afrontamiento de la muerte pueden derivar también en un mayor movimiento de las listas de espera, por lo que los pacientes también se beneficiarían de ello.

Además, el correcto desarrollo de la actividad asistencial y el movimiento de las listas de espera favorece la pronta incorporación del paciente a su puesto de trabajo y a su vida normal.

3. Beneficios para el hospital:

En primer lugar, se produce un beneficio económico al reducirse el gasto de contratación de personal de sustitución por incapacidades temporales derivadas del síndrome de burnout. De igual forma, se reduce la carga de trabajo para Recursos Humanos (sustituciones por incapacidad temporal (IT).

De igual forma, se reduciría el gasto de recursos materiales derivados de los errores producidos por despistes como síntomas del síndrome de burnout.

Por otro lado, al prevenir el desarrollo del síndrome de burnout también se consigue una reducción de conflictos entre el personal como consecuencia del padecimiento del Síndrome de Burnout (mejora del clima laboral). Además, derivaría en un aumento de la calidad asistencial hospitalaria.

“El incremento de las bajas laborales entre personal sanitario sería una manifestación, según los expertos, de que los factores organizacionales y laborales son inadecuados para los profesionales.” (López Cuenca, Albaladejo Vicente, Villanueva Orbáiz, Domínguez Rojas' 2006).

4. Beneficios para la sociedad:

El primer beneficio es, también, económico. Según los datos obtenidos de los Presupuestos Generales del Estado de 2021 (tabla 24), el gasto en

incapacidades temporales ha ido en aumento desde el año 2010 hasta la actualidad. Habría que tener en cuenta el gasto público del presente año 2022, tras las consecuencias de estos dos años de pandemia.

	INSS	ISM	MUTUAS	TOTAL
2010	2.577,05	42,34	4.113,59	6.732,98
2011	2.269,29	38,42	3.933,35	6.241,06
2012	1.860,91	34,10	3.465,15	5.360,16
2013	1.681,04	34,81	3.298,80	5.014,65
2014	1.751,33	36,59	3.684,79	5.472,71
2015	1.875,66	37,66	4.236,13	6.149,45
2016	2.022,53	35,69	4.830,43	6.888,65
2017	2.156,67	38,42	5.390,91	7.586,00
2018	2.078,66	34,63	5.371,49	7.484,78
2019	2.688,38	38,97	6.799,95	9.527,30
2020	3.038,00	41,40	7.697,04	10.776,44
2021	3.168,08	40,65	6.777,40	9.986,13

Tabla 24: Gasto público (millones de €) destinado a incapacidades temporales (contingencias comunes y profesionales) por entidades. Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2021).

En 2022, el presupuesto destinado a las incapacidades temporales es de 10818 millones de euros (Congreso de los Diputados, 2022). Así, el correcto tratamiento y prevención del desarrollo del Síndrome de Burnout generaría menores incapacidades temporales (IT) y, por tanto, menor gasto.

Otro beneficio es la mayor calidad del Sistema Nacional de Salud debido a la mejoría en la calidad asistencial individual de los y las profesionales de la salud.

Por otro lado, se produciría una reducción de las listas de espera y, por ello, de las IT de la población general, que se ven prolongadas por los retrasados en las listas de espera. Además, se evita el riesgo de prolongar determinadas IT, que pueden derivar en un no retorno al puesto de trabajo (Vicente Pardo, López-Guillén-García, 2021).

Además, favorecería el incremento de la salud mental como meta de uno de los objetivos del desarrollo sostenible 2030.

10. Consideraciones éticas

Los datos obtenidos en este estudio piloto han sido recogidos bajo el anonimato. Además, el tratamiento de éstos se ha realizado teniendo en cuenta el siguiente marco normativo, extendiéndose su aplicación más allá de la finalización del estudio:

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.
- Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19. Ministerio de Sanidad. (6 de abril de 2020).
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al sars-cov-2 (5 de mayo de 2022).

Además, se solicitaron permisos para la recogida de datos del personal sanitario de diferentes instituciones sanitarias públicas (ANEXO 14.4).

11. Líneas de trabajo futuras

El desarrollo a posteriori de este estudio busca la aplicación real de medidas que favorezcan la labor de cuidados tanto para el personal sanitario como para los pacientes. Así, se encontrará a continuación un listado con las actividades a desarrollar a medio y largo plazo para conseguir este objetivo:

1. La elaboración del estudio más allá de un estudio piloto. En un futuro se solicitarán de nuevo los permisos para la recogida de información, se elaborarán los muestreos y se recogerán datos representativos del personal sanitario de Tenerife.
2. La elaboración de un brainstorming posterior a la elaboración del estudio para la retroalimentación en base a los resultados que se obtengan. Se establecerán las expectativas del personal sanitario, las soluciones propuestas y las conclusiones que obtienen de dichos resultados.

3. El desarrollo de propuestas para la mejora de las condiciones laborales del personal sanitario de Tenerife es otra de las líneas de trabajo futuras. Estas estrategias buscarán el desarrollo de habilidades en el personal sanitario para la disminución del síndrome de burnout y de un mejor afrontamiento del fallecimiento de pacientes tanto de forma individual como grupal (Mindfulness, entre otras).
4. Mayor hincapié en los efectos del covid-19 en el afrontamiento a la muerte del personal sanitario de Tenerife.
5. Recogida de nuevo de los datos tras el desarrollo y aplicación de las estrategias planteadas en el punto anterior para ver la evaluación de las medidas aplicadas.
6. En esta línea, me gustaría poder realizar un estudio a nivel autonómico, que recoja información de las Islas Canarias y elaborar propuestas para la mejora de las condiciones de vida laborales del personal sanitario canario.

12. Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio piloto no son representativos de la población estudiada: El personal sanitario de la isla de Tenerife. Así, es importante la realización del estudio con un mayor tamaño muestral para observar resultados representativos.

Se concluye que el fallecimiento de un paciente afecta de forma negativa al personal sanitario, generándose en ellos sentimientos de tristeza y de empatía por la familia mayoritariamente.

Así, tras el análisis de las referencias bibliográficas y de los resultados obtenidos se concluye la importancia de la implementación de actuaciones para la prevención del Síndrome de Burnout, como talleres de Mindfulness, formaciones para el personal sanitario, atención psicológica disponible para el personal sanitario, etc.

Además, las referencias bibliográficas consultadas muestran la existencia de relación estadísticamente significativa entre el fallecimiento de pacientes y el desarrollo de síntomas del Síndrome de Burnout. El presente estudio piloto muestra que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables. Así, se considera fundamental ampliar la muestra para obtener resultados representativos. Con un tamaño muestral mayor se podría estudiar esta relación en función del género para obtener resultados más amplios.

De igual forma, considero que sería importante reformular la pregunta sobre el grado de afectación por la muerte de pacientes, ya que una vez realizado el estudio piloto no estoy segura de que sea la variable más adecuada para la medición de este aspecto. Un instrumento que podría ser útil es la escala de Bugen de afrontamiento a la muerte.

Por otro lado, sería interesante la medición de la fatiga por compasión y del estrés traumático secundario como complemento al estudio del síndrome de burnout. Además, sería importante también añadir una pregunta en la encuesta sobre el lugar de residencia para identificar al personal sanitario de Tenerife.

Otra cuestión a tener en cuenta en un futuro es la incorporación del tipo de turno en la elaboración del perfil sociodemográfico. No se incluyó en este estudio piloto, pero podría aportar información relevante en cuanto al desarrollo del Síndrome de Burnout.

Finalmente, se concluye la importancia del análisis con perspectiva de género, dado el perfil mayoritariamente femenino del personal sanitario y las implicaciones sociales del cuidado y la socialización diferencial.

13. Bibliografía

- Albendín García, L. (2016). *Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España). Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1341282>
- Asencio Huertas, L.; Allende Pérez, S. R.; Verastegui Avilés, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44920>
- Beauvoir, Simone de. (2005). *El Segundo Sexo*. Madrid: Cátedra D.L.
- Berdullas Saunders, S.; Gesteira Santos, C.; Morán Rodríguez, N.; Fernández Hermida, J.R.; Santolaya, F.; Sanz Fernández, J.; García-Vera, M.P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la covid-19 del ministerio de sanidad y del consejo general de la psicología de España: características y demanda. *Revista Española de Salud Pública* 94. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202010138.pdf
- Boerner, K., Gleason, H., & Jopp, D. S. (2017). Burnout after patient death: Challenges for direct care workers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 317-325. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.06.006
- Briones Miranda, M. P. (2019). *Diagnóstico en personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica en cuanto a actitudes hacia la muerte y burnout* (Tesis doctoral. Universidad Católica de Chile). Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/95685e92cb1b505db427993de95e629c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Buerno, A. (2008). Pequeño ensayo sobre la muerte. *Revista argentina de cardiología*, 76 (5), 388-391. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v76n5/v76n5a12.pdf>
- Cáceres Rivera, M.I. (2021). Enfermería, pandemia y fatiga por compasión: una reflexión general sobre el 2020. *Revista Ciencia y Cuidado* 18(1):116-123. Recuperado de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2674>
- Cañadas de la Fuente, G.A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en personal de enfermería* (Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España). Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1026162>
- Castanedo Córdoba, I.M.; Suárez Solana, C.; Vivar Molina, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo.

Enfermería docente 91, 16-18. Recuperado de <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>

Chacón López-Muñiz, J.I.; Martínez-Barbeito, M.B. y González Barboteo, J. (2007). El duelo complicado. En C. Camps Herrero (Ed.), P.T. Sánchez Hernández (Ed.), *Duelo en Oncología* (p.223-236). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica SEOM.

Congreso de los Diputados. (2022). Presupuestos Generales del Estado 2022. Recuperado de <https://www.congreso.es/cem/pge2022>

Crowe, S., Sullivant, S., Miller-Smith, L., & Lantos, J. D. (2017). Grief and burnout in the PICU. *Pediatrics (Evanston)*, 139(5) doi:10.1542/peds.2016-4041

Engler-Gross, A., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Laor-Maayany, R., & Braun, M. (2020). Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social acknowledgment among psycho-oncologists. *Psycho-Oncology (Chichester, England)*, 29(3), 493-499. doi:10.1002/pon.5286

Frutos Martín, M. (2014). *Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria)*. (Tesis doctoral. Universidad de León. España). Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1082079>

Funk, L. M., Peters, S., & Roger, K. S. (2017). The emotional labor of personal grief in palliative care: Balancing caring and professional identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211-2221. doi:10.1177/1049732317729139

Giesbrecht, M., Stajduhar, K. I., Cloutier, D., & Dujela, C. (2021). "We are to be like machines...fill the bed before it gets cold": Exploring the emotional geographies of healthcare providers caring for dying residents in long-term care facilities. *Social Science & Medicine (1982)*, 272, 113749. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113749

Hayuni, G., Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Bar Sela, G., & Braun, M. (2019). Between empathy and grief: The mediating effect of compassion fatigue among oncologists. *Psycho-Oncology (Chichester, England)*, 28(12), 2344-2350. doi:10.1002/pon.5227

Herrera Gómez, Coral (2011). Más allá de las etiquetas: Mujeres, Hombres y Trans. Vizcaya: Txalaparta.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). Proyecciones de Población 2020-2070. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). Defunciones según la causa de la muerte. Año 2020. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021a). Indicadores para la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/index.htm>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2000). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): Definición y proceso de generación. Recuperado de https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768
- Jarrad, R. A., Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 22. doi:10.1186/s12991-020-00272-9
- Laor-Maayany, R., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Bar-Sela, G., Engler-Gross, A., Braun, M. (2019). Compassion fatigue among oncologists: The role of grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. *Supportive Care in Cancer*, 28(4), 2025-2031. doi:10.1007/s00520-019-05009-3
- Larrotta-Castillo, R.; Méndez-Ferreira, A.F.; Mora-Jaimes, C.; Córdoba-Castañeda, M.C.; Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander* 52 (2), 179-180. Recuperado de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10933/10701>
- Le Breton, D. (1999). Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral S.A. Fernández del Riesgo, Manuel. (2007). Antropología de la muerte. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, BOE núm. 294 § 16673 (2018).
- López Cuenca, S.; Albaladejo Vicente, R.; Villanueva Orbáiz, R.; Domínguez Rojas, V. (2006). Análisis de la incapacidad temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. *Atención Primaria* 38 (10); 550-554. DOI: 10.1157/13095926
- Magaña, M., Bermejo Higuera, J.C., Villaceros, M y Prieto, R. (2019). Estilos de afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30 (112), 103-117. Recuperado de <https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2019/04/estilos-de-afrontamiento-y-diferencias-de-genero-ante-la-muerte-REV-PSICOTERAPIA.pdf>
- Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario Burnout de Maslach: síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.
- Miaja Ávila, M.; Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951>

- Ministerio de Ciencia e Innovación. Gobierno de España (2022). Vigilancia de Mortalidad Diaria. (MoMo). Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/default.aspx>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2021). Proyecto de Presupuestos. Ejercicio 2021. Recuperado de <https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2017). Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Recuperado de <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ense>
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2020). Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Medidas_higienicas_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2021). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf
- Ministerio de Sanidad (2022). Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf
- Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. (2018). Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Recuperado de <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf>
- Morán, C; Landero, R; González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica* 9 (2), 543-552. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>
- Moreno Jiménez, B; Morante Benadero, M.E.; Losada Novoa, M.M.; Rodríguez Carvajal, Garrosa Hernández, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 69-76. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>

- Morris, S. E., Tarquini, S. J., Yusuf, M., Adolf, E., Amonoo, H. L., Bain, P. A., . . . Pirl, W. F. (2021). Burnout in psychosocial oncology clinicians: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 223-234. doi:10.1017/S147895152000084X
- Norella Córdoba-Rojas, D.; Sanz-Guerrero, D.; Medina, A.M.; Buitrago-Echeverri, M.T.; Sierra-González, A.M. (2021). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde E Sociedade*, 30(3) doi:10.1590/s0104-12902021200478
- Observatorio del Suicidio en España (2020). Suicidios. España 2020. Recuperado de <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Observatorio Igualdad y Empleo (2020). #8M Las mujeres en los cuidados. Recuperado de <https://www.observatorioigualdadyempleo.es/8m-las-mujeres-en-los-cuidados/>
- OXFAM (2020). Tiempo para el Cuidado. Recuperado de <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/OxfamWeb-Documentos/OxfamWeb-Informes/tiempo-para-cuidado-informe-davos-2020.pdf>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2), 189-202. Epub 21 de junho de 2021. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/443271>
- Pattison, N., Drone, J., & Gruber, P. (2020). Burnout: Caring for critically ill and end-of-life patients with cancer. *Nursing in Critical Care*, 25(2), 93-101. doi:10.1111/nicc.12460
- Pérez- de la Cruz, S., García- Luengo, A. V. (2018). Comparative study among spanish students of health sciences degrees: Facing death. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 380-386. doi:10.1111/nhs.12417
- Rabow, M. W., Huang, C. S., White-Hammond, G., & Tucker, R. O. (2021). Witnesses and victims both: Healthcare workers and grief in the time of COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 647-656. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.01.139
- Ramírez Baena, L. (2019). *Prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del servicio andaluz de salud* (Tesis doctoral. Universidad de Granada, España). Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1753539>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). Teoría y práctica de la investigación cualitativa. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Silva e Silva, V., Hornby, L., Lotherington, K., Rochon, A., Regina Silva, A., Pearson, H., . . . Sarti, A. (2022). Burnout, compassion fatigue and work-related stressors among organ donation and transplantation coordinators: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 68, 103125. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103125

- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello.
- Sullivan, C. E., King, A., Holdiness, J., Durrell, J., Roberts, K. K., Spencer, C., . . . Mandrell, B. N. (2019). Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 46(3), 338. doi:10.1188/19.ONF.338-347
- Téllez Infantes, A., Verdú Delgado, A. D. (2011). El significado de la masculinidad para el análisis social. *Revista Nuevas tendencias en antropología*, 2, 80-103.
- Torrente Paños, M^a R.; Molina Navarro, M^a D.; Escudero Márquez, B.; Ruíz Martínez, M^a T.; Llanos Cózar López, M^a.; Contreras Martínez, V. (2017). Actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte, visión del proceso de morir hospitalario y los cuidados paliativos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Recuperado de <http://www.scmgg.com/media/SCMGG%203.3.17.pdf>
- Vedia Domingo, V. (septiembre, 2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6 (2), 12-34. Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
- Vicente-Pardo, J.M.; López-Guillén-García, A. (2021). La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19, aspectos preventivos y consecuencias. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 67(262); 37-72. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2021000100037&script=sci_arttext&tlng=pt
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70-e76. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012

14. Anexos

14.1. Encuesta

La presente encuesta está destinada a la recogida de datos para el Trabajo de Fin de Máster de Sara García Martín, del Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud.

El estudio se basa en el análisis de la percepción de la muerte del personal de enfermería de Tenerife y sus estrategias de afrontamiento, así como de las limitaciones con las que se encuentran. Tiene como finalidad la elaboración de propuestas para la mejora de la salud mental y la calidad laboral y asistencial del personal sanitario. Por este motivo es muy importante su colaboración con respuestas sinceras.

Se medirán diferentes aspectos: datos sociodemográficos (con fines estadísticos, nunca se analizarán datos individuales), relación con la muerte y el duelo, estrategias de afrontamiento (cuestionario COPE-28) y evaluación del síndrome de burnout (cuestionario MBI).

LOS DATOS RECOGIDOS SON ANÓNIMOS Y CONFIDENCIALES. ADEMÁS, SE TRATARÁN BAJO LA LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES, SIENDO DE APLICACIÓN DURANTE DURE LA INVESTIGACIÓN Y PROLONGÁNDOSE UNA VEZ ACABE EL ESTUDIO.

AL RELLENAR ESTA ENCUESTA SE APRUEBA EL CONSENTIMIENTO PARA LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE SUS DATOS CON FINES ESTADÍSTICOS Y ACADÉMICOS.

DATOS DE CONTACTO: SARA GARCÍA MARTÍN, SOCIÓLOGA.
 alu0100832990@ull.edu.es

Datos sociodemográficos	
P1 Año de nacimiento	
P2 Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexual
P3 Identidad de género	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> No binaria
P4 Estado civil	<input type="radio"/> Soltera/o <input type="radio"/> En pareja no formal (parejas sin documentos legales)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pareja de hecho ○ Casada/o ○ Divorciada/o ○ Separada/o ○ Viuda/o
P5 ¿Tiene hijas/os?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sí ○ No
P6 ¿Considera que tiene una red de apoyo (familia, amistades, pareja...) buena?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sí, cuento con una red de apoyo buena ○ No, no tengo esa red de apoyo ○ Tal vez, no estoy segura/o
P7 Profesión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermera/o ○ Auxiliar de enfermería
P8 Lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hospital Universitario de Canarias (HUC) ○ Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria ○ Atención Primaria ○ Otro
P9 Servicio/área de trabajo	
P10 Años de experiencia en la profesión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de 1 año ○ Entre 1 y 5 años ○ Entre 5 y 10 años ○ Entre 10 y 20 años ○ Más de 20 años
P11 ¿Trabajaste durante los meses de confinamiento en España?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sí ○ No
Personal sanitario, muerte y duelo	
P12 ¿Con qué frecuencia tiene contacto con la muerte en su trabajo?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca ○ Algunos días puntuales ○ Varias veces al mes ○ Varias veces a la semana ○ La mayoría de los días ○ Todos los días
P13 ¿Incrementó su contacto con la muerte desde que comenzó la pandemia?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sí ○ No ○ Tal vez
P14 ¿En qué medida considera que le afecta el fallecimiento de un paciente?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Solo ese día ○ Estoy pensando en ello durante varios días ○ Estoy pensando en ello más de una semana ○ Me cuesta dejar de pensar en ello
P15 En caso de responder que le afecta el fallecimiento de un paciente, ¿Qué sentimientos le genera?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tristeza ○ Dolor ○ Empatía por la familia ○ Vulnerabilidad

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Miedo ○ Rabia ○ Alivio ○ Tranquilidad ○ Impotencia ○ Culpabilidad ○ Otro.....
<p>P16 ¿Considera que ha recibido formación suficiente para afrontar de forma adecuada la muerte y el acompañamiento en el duelo? (Cursos, congresos, charlas...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sí ○ No ○ No estoy segura/o
<p>P17 Marque aquellas frases con las que se sienta identificada/o</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ En el servicio en el que trabajo hay un mayor contacto con la muerte que en otros servicios. ○ Cuando fallece una persona de una edad próxima a la mía me afecta. ○ No hay tiempo suficiente para dedicar a las familias de las personas que fallecen. ○ Es necesario recibir una formación para tratar con personas que saben que van a morir. ○ Siento que la muerte de una persona joven me afecta más. ○ A veces cuestiono mi trabajo cuando fallece un paciente. ○ Me afecta más cuando fallece un paciente al que he atendido durante un periodo de tiempo largo. ○ Las muertes por covid-19 me han afectado negativamente. ○ Las muertes por covid-19 me han hecho apreciar más la vida.
<p>Estrategias de afrontamiento a la muerte (COPE-28)</p>	
<p>P18 Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés.</p> <p>Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.</p> <p>Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marque 0, 1, 2 o 3 según el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse los sentimientos que le genera el fallecimiento de los pacientes.</p>	

0= Nunca hago esto 3= Siempre hago esto	
Ante el fallecimiento de un paciente...	
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer 2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy 3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido 4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente 5. Me digo a mí misma/o "esto no es real" 6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer 7. Hago bromas sobre ello 8. Me critico a mí misma/o 9. Consigo apoyo emocional de otros 10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore 11. Renuncio a intentar ocuparme de ello 12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables 13. Me niego a creer que haya sucedido 14. Intento verlo con otros ojos para hacer que parezca más positivo 15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor 16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales 17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien 18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo 19. Me río de la situación 20. Rezo o medito 21. Aprendo a vivir con ello 22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir a cine o ver la televisión 23. Expreso mis sentimientos negativos 24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo 25. Renuncio al intento de hacer frente al problema 26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir 27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido 28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Síndrome de Burnout (CUESTIONARIO MBI)	
P19 A continuación, hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Para responder a ellas ponga el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala	
1. Me siento emocionalmente agotada/o por mi trabajo 2. Me siento cansada/o al final de la jornada de trabajo	<input type="radio"/> 0 (Nunca) <input type="radio"/> 1 (Pocas veces al año) <input type="radio"/> 2 (Una vez al mes) <input type="radio"/> 3 (Pocas veces al mes)

<p>3. Me siento fatigada/o cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo</p> <p>4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes</p> <p>5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales</p> <p>6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo</p> <p>7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes</p> <p>8. Me siento quemada/o por mi trabajo</p> <p>9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas</p> <p>10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión</p> <p>11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente</p> <p>12. Me siento muy activa/o</p> <p>13. Me siento frustrada/o en mi trabajo</p> <p>14. Creo que estoy trabajando demasiado</p> <p>15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes</p> <p>16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés</p> <p>17. Me siento estimulada/o después de trabajar en contacto con mis pacientes</p> <p>18. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes</p> <p>19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión</p> <p>20. Me siento acabada/o</p> <p>21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma</p> <p>22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas</p>	<ul style="list-style-type: none">○ 4 (Una vez a la semana)○ 5 (Pocas veces a la semana)○ 6 (Todos los días)
---	--

14.2. Cuestionario MBI y COPE-28

Inventario de Burnout de Maslach

A continuación, hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Para responder a ellas ponga el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:

<i>Frecuencia</i>						
0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al mes	4 Una vez de la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
<i>Marcar con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior</i>						
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
8. Me siento quemado por mi trabajo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
12. Me siento muy activo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
13. Me siento frustrado en mi trabajo						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
14. Creo que estoy trabajando demasiado						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
17. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
18. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
20. Me siento acabado						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario Burnout de Maslach: síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.

Agotamiento Emocional		Despersonalización		Falta Realización Personal	
1		5		4	
2		10		7	
3		11		9	
6		15		12	
8		22		17	
13		Total		18	
14				19	
16				21	
20				Total	
Total					

Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario Burnout de Maslach: síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.

COPE-28 (Según el original de Carver, 1997)
 Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés.

Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ___ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ___ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ___ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ___ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ___ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. ___ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ___ Hago bromas sobre ello.
8. ___ Me critico a mí mismo.
9. ___ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ___ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ___ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ___ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ___ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ___ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ___ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ___ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ___ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ___ Me río de la situación.
20. ___ Rezo o medito.
21. ___ Aprendo a vivir con ello.
22. ___ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ___ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ___ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ___ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ___ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ___ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Estrategia	ítem	Punt.	ítem	Punt.	Total
Afrontamiento activo	2		10		
Planificación	6		26		
Apoyo emocional	9		17		
Apoyo social	1		28		
Religión	16		20		
Reevaluación positiva	14		18		
Aspiración	3		21		
Negación	5		13		
Humor	7		19		
Autodivorción	4		22		
Autoculpación	8		27		
Desconciación	11		23		
Desahogo	12		23		
Uso de sustancias	15		24		

14.3. Tabla resumen de la bibliografía consultada

Tabla 25:: Resumen de la bibliografía consultada

Título	Año	Autores/as	Contenido
Oncología			
<p><i>Oncology nurses' compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction</i></p>	<p>2020</p>	<p>Jarrad, Reem Ahmad; Hammad,Sawsan</p>	<p>Muestra: 100 enfermeras de un centro de cuidados oncológicos especializados en Jordania.</p> <p>Resultados: Niveles bajos de Satisfacción por compasión, riesgo de burnout y riesgo extremadamente alto de fatiga por compasión.</p> <p>Esto es debido al entorno en el que se desarrolla el trabajo de la enfermería oncológica: entorno estresante, negativo, teniendo que lidiar con el proceso de morir, el duelo y dolor de los familiares.</p> <p>Mayor riesgo de padecer alcoholismo, depresión, abuso de drogas, suicidio, fatiga por compasión o burnout en las enfermeras oncológicas.</p>
<p><i>Between empathy and grief: The mediating effect of compassion fatigue among oncologists</i></p>	<p>2019</p>	<p>Hayuni, Gal; Hasson-Ohayon, Ilanit; Goldzweig,Gil; Bar Sela, Gil and Braun,Michal</p>	<p>Muestra: 71 oncólogos/as de Israel.</p> <p>Se establecen dos componentes de la fatiga por compasión:</p> <p>a) STS (relacionado con la exposición a eventos muy estresantes y traumáticos). Se recogieron niveles altos en los oncólogos/as.</p> <p>b) Burnout. Se recogieron niveles relativamente altos en los oncólogos/as.</p> <p>El duelo está fuerte y positivamente asociado con el STS y moderada y positivamente asociado con el burnout.</p>

			<p>Concluye que los oncólogos/as experimentan dolor por sus pacientes. El duelo en los oncólogos se relaciona con su empatía, evidenciado en sus niveles de fatiga por compasión.</p>
<p><i>Burnout: Caring for critically ill and end-of-life patients with cancer</i></p>	2020	<p>Pattison, Natalie; Drony, Joanne and Gruber, Pascale</p>	<p>Muestra: 63 profesionales de la oncología en Reino Unido.</p> <p>Se recogen bajos niveles de despersonalización y agotamiento emocional y baja-moderada realización personal.</p> <p>Se plantearon posibles opciones para la reducción del burnout: elaboración de informes, gestión del bienestar emocional, valoración de las personas. Algunas de estas sugerencias ya se estaban llevando a cabo en el lugar de trabajo, lo que podría explicar los bajos niveles de burnout encontrados.</p>
<p><i>Burnout in psychosocial oncology clinicians: A systematic review</i></p>	2021	<p>Morris, Sue E.; Tarquini, Sarah J.; Yusuf, Miryam; Adolf, Esmeralda; Amonoo, Hermioni L.; Bain, Paul A.; Borstelmann, Nancy A.; Braun, Ilana M.; Hughes, Tricia; Muriel, Anna C. and 5 others</p>	<p>Revisión bibliográfica sobre el burnout en clínicos de oncología psicosocial. 9 estudios seleccionados.</p> <p>En esta revisión se señalan seis aspectos que parecen estar relacionados con unos niveles menores de burnout:</p> <p>exposición a la recuperación del paciente.</p> <p>Discusión de eventos traumáticos.</p> <p>Trabajo significativo o relevante.</p> <p>Menores niveles de angustia moral.</p> <p>Compromiso laboral y menos demandas laborales.</p> <p>Satisfacción laboral.</p>
<p><i>Compassion fatigue among oncologists the role of grief,</i></p>	2019	<p>Laor-Maayany, Rony; Goldzweig, Gil; Hasson-Ohayon, Ilanit; Bar-Sela, Gil;</p>	<p>Muestra: 74 oncólogos/as de Israel</p> <p>Se observaron altos niveles de exposición al sufrimiento tanto</p>

<p><i>sense of failure, and exposure to suffering and death</i></p>		<p>Engler-Gross, Adi and Braun,Michal</p>	<p>físico como emocional de sus pacientes y a altas tasas de muerte.</p> <p>Al analizar las correlaciones entre variables se observó que el duelo estaba moderada y positivamente relacionado con el burnout.</p> <p>Se observa el rol del duelo y el sentimiento de fracaso como predictores de la fatiga por compasión (STS y burnout).</p>
<p><i>Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses</i></p>	<p>2019</p>	<p>Sullivan, Courtney E.; King,Amber-Rose; Holdiness,Joni; Durrell,Judith; Roberts,Kristin K.; Spencer,Christopher; Roberts,Joshua; Ogg,Susan W.; Moreland,Meredith W.; Browne,Emily K. and 6 others</p>	<p>Muestra: 59 enfermeras de una unidad de oncología pediátrica en Tennessee.</p> <p>Se desarrolló un programa para la fatiga por compasión y se evaluó su impacto en enfermeras que padecieran burnout, estrés traumático secundario y satisfacción por compasión.</p> <p>Se observó que los datos del estrés traumático secundario mejoraron al cabo de cuatro meses.</p> <p>Así, se observa la importancia de la implementación de programas específicos para la reducción del burnout o la fatiga por compasión en el personal sanitario.</p>
<p><i>Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social ack nowledgment among psycho-oncologists</i></p>	<p>2020</p>	<p>Engler-Gross, Adi; Goldzweig, Gil; Hasson-Ohayon, Ilanit; Laor-Maayany, Rony and Braun,Michal</p>	<p>Muestra: 60 psicooncólogos/as de Israel.</p> <p>Se estudió la asociación entre el dolor por el fallecimiento de pacientes y los dos componentes de la fatiga por compasión (burnout y estrés traumático secundario (STS)) en psicooncólogos.</p> <p>Se observó que el dolor por el fallecimiento de pacientes estaba positivamente relacionado con el burnout y el STS.</p> <p>También se observó relación entre el reconocimiento social y el STS. Los niveles más altos de STS se</p>

			<p>encontraron en aquellas personas que mostraban también altos niveles de dolor y bajos niveles de reconocimiento social.</p>
Trasplantes y donaciones de órganos			
<p><i>Burnout, compassion fatigue and work-related stressors among organ donation and transplantation coordinators: A qualitative study</i></p>	2022	<p>Silva e Silva, Vanessa; Hornby, Laura; Lotherington, Ken; Rochon, Andrea; Regina Silva, Amina; Pearson, Hilary; MacNutt, Linda; Robertson, Adrian; Werestiuk, Kim; Kuhl, David and 3 others</p>	<p>Muestra: 7 personas coordinadoras de trasplantes (4) y de donaciones de órganos (3).</p> <p>Se encontró que la continua exposición de estas personas a factores estresores, el dolor y el duelo generan signos y síntomas de burnout y fatiga por compasión. Así, su salud mental se encuentra entredicho en su trabajo diario.</p> <p>Concluye que la prevención del burnout y la fatiga por compasión evitaría una mayor carga de trabajo para el personal de cuidados intensivos, disminuiría la rotación del personal de donaciones de órganos, mejoraría la experiencia de las familias, aumentaría las donaciones y trasplantes de órganos y reduciría los costes de la asistencia sanitaria.</p>
Cuidados a domicilio			
<p><i>Burnout After Patient Death: Challenges for Direct Care Workers</i></p>	2017	<p>Boerner, Kathrin; Gleason, Hayley and Jopp, Daniela S.</p>	<p>Muestra: 140 auxiliares de enfermería y 80 personas cuidadoras a domicilio que experimentarían la pérdida reciente de un paciente.</p> <p>Se observó que el duelo por el paciente juega un papel importante en el desarrollo de burnout en la persona cuidadora directa.</p> <p>Se destaca la importancia del apoyo de la institución para disminuir los efectos del duelo en el síndrome de burnout.</p>

Cuidados paliativos/de larga duración			
<p><i>The Emotional Labor of Personal Grief in Palliative Care: Balancing Caring and Professional Identities</i></p>	<p>2017</p>	<p>Funk, Laura M.; Peters, Sheryl and Roger, Kerstin Stieber</p>	<p>Muestra: 25 personas trabajadoras en paliativos y otras unidades.</p> <p>Se describe el proceso de muerte y la muerte en sí de pacientes como procesos que generan angustia emocional.</p> <p>Se identifica la unidad de paliativos como la más complicada emocionalmente para trabajar debido al duelo y la muerte.</p> <p>Se identifican además determinadas circunstancias en las que la muerte se hace más complicada:</p> <p>Cuando fallece una persona de edad o características similares al trabajador/a.</p> <p>Cuando la pérdida afecta a un niño/a.</p> <p>Cuando la muerte se percibe como imprevista o injusta.</p> <p>Cuando fallecen varias personas en un periodo corto de tiempo.</p> <p>Cuando la persona trabajadora se siente emocionalmente cerca de la persona que fallece.</p> <p>Cuando el profesional no puede ayudar a disminuir el sufrimiento o a proporcionar una muerte digna</p> <p>Además, la situación se hace más difícil para el personal más joven o de incorporación reciente.</p> <p>Se resalta también la falta de tiempo y lugar para procesar el fallecimiento del paciente o para recibir el apoyo de los compañeros de trabajo.</p>
<p><i>"We are to be like machines...fill the bed before it</i></p>	<p>2021</p>	<p>Giesbrecht, Melissa; Stajduhar, Kelli I.;</p>	<p>Muestra: tres grupos de participantes de las diferentes</p>

<p><i>gets cold”: Exploring the emotional geographies of healthcare providers caring for dying residents in long-term care facilities</i></p>		<p>Cloutier,Denise and Dujela,Carren</p>	<p>dimensiones de los cuidados de larga duración.</p> <p>Se observa cómo se produce una mezcla de sentimientos generados por la realización de estos cuidados al final de la vida: mientras un grupo expresa sentimientos de orgullo, satisfacción, devoción o amor, otro grupo expresa sentimientos de culpa, ansiedad, estrés, miedo o dolor. Estas diferencias estaban asociadas al lugar físico y social, así como el momento del proceso de muerte en el que se llevaron a cabo dichos cuidados.</p> <p>Se muestra la importancia de la “geografía emocional” para hacer frente al proceso de muerte del personal de cuidados de larga duración.</p>
<p><i>Grief and burnout in the PICU (pediatric intensive care unit)</i></p>	<p>2017</p>	<p>Crowe, Suzanne; Sullivant,Shayla; Miller-Smith, Laura and Lantos,John D.</p>	<p>Se analiza un caso en el que una médica (que trabaja en la unidad pediátrica de cuidados intensivos) muestra signos de dolor abrumador y burnout. Se analizan las posibles soluciones.</p> <p>La metodología de esta médica es establecer lazos con los pacientes y familia. Así que tras varios fallecimientos traumáticos seguidos experimenta dificultades para dormir y pensamientos obsesivos sobre hechos alrededor de estas muertes (culpabilizándose o buscando errores). Esto se prolonga hasta que su capacidad para atender a sus pacientes se ve mermada. Sufre síndrome de burnout.</p> <p>Tras esto se proponen diversas soluciones de 4 especialistas.</p>
<p><i>Creencias, Actitudes Y Ansiedad Ante La Muerte En Un Equipo Multidisciplinario</i></p>	<p>2014</p>	<p>Leticia, Ascencio Huertas; Silvia R Allende Pérez and Emma Verastegui Avilés</p>	<p>31 profesionales de la salud de diversas especialidades del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México.</p>

<p><i>De Cuidados Paliativos Oncológicos</i></p>			<p>Se utilizaron 3 instrumentos de evaluación:</p> <p>Cuestionario de Actitudes ante la Muerte.</p> <p>Cuestionario de Creencias con relación al paciente terminal.</p> <p>Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.</p> <p>Como conclusiones cabe destacar que estos profesionales consideran que es importante pensar en la muerte como una posibilidad real y no evitarla. Además, el trabajar con pacientes terminales les proporciona una mayor responsabilidad y atención hacia la vida, además de promover el crecimiento personal y la aceptación de la propia muerte.</p>
Duelo y COVID-19			
<p><i>Witnesses and Victims Both: Healthcare Workers and Grief in the Time of COVID-19</i></p>	<p>2021</p>	<p>Rabow, Michael W.; Huang,Chao-Hui S.; White-Hammond, Gloria and Tucker,Rodney O.</p>	<p>Estudia el impacto del Covid-19 en el proceso de duelo de personal sanitario derivado del fallecimiento de sus pacientes, de sus seres queridos y de sus compañeros de trabajo.</p> <p>Se menciona que el Covid-19 ha agravado los problemas del ya existente “duelo profesional”. Esto aumenta el riesgo de padecer duelo complicado o duelo prolongado en el personal sanitario.</p>
<p><i>Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers</i></p>	<p>2020</p>	<p>Wallace, Cara L.; Wladkowski,Stephanie P.; Gibson,Allison and White,Patrick</p>	<p>Se menciona la importancia del duelo tras la pandemia por Covid-19. Afecta tanto a pacientes y familiares como al personal sanitario. Se destacan además las complicaciones en el duelo por la distancia social, el aislamiento, el miedo a contagiarse y la imposibilidad de realizar los rituales o funerales de forma tradicional. Esto puede tener</p>

			<p>efectos muy negativos en la persona a largo plazo.</p> <p>En este sentido, el personal de cuidados paliativos se encuentra preparado debido a su contacto frecuente con pacientes que se encuentran a punto de morir para servir de ayuda y apoyo al resto de compañeros/as de otras unidades.</p>
Duelo en personal sanitario			
<p><i>Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios</i></p>	2021	<p>Diana Norella Córdoba-Rojas; Daniela Sanz-Guerrero; Ana María Medina-Ch; María Teresa Buitrago-Echeverri and Ángela María Sierra-González</p>	<p>Revisión bibliográfica. Se establecieron tres tipos de estudios: trabajos de corte cualitativo que describen el fenómeno; trabajos que desarrollan escalas y herramientas de medición; y trabajos que describen estrategias.</p> <p>En el primer grupo se concluye que, en las unidades de cuidados intensivos, servicios de oncología y salas de cirugía el trabajo lleva una alta carga emocional, lo que puede derivar en fatiga por compasión o burnout.</p> <p>En el segundo grupo se mencionan diferentes escalas y test para la medición de la fatiga por compasión, el burnout y el afrontamiento de la muerte.</p> <p>En el tercer grupo se estudian las estrategias para la disminución de la fatiga por compasión y el burnout.</p>
<p><i>Comparative study among Spanish students of health sciences degrees: Facing death</i></p>	2018	<p>Pérez- de la Cruz, Sagrario; García-Luengo, Amelia Victoria</p>	<p>Muestra: 411 estudiantes de seis facultades de ciencias de la salud españolas.</p> <p>Se estudió la capacidad de enfrentarse a la muerte de los futuros profesionales sanitarios.</p> <p>Se detectaron fortalezas y debilidades. Las fortalezas recogidas son la capacidad de hablar sobre la muerte con familiares o amigos y la capacidad</p>

			<p>para escuchar a los demás, en especial a los pacientes terminales. Las debilidades son la capacidad para afrontar la propia muerte y el proceso de morir. Los estudiantes son capaces de hacer frente a estas situaciones siempre y cuando no exista un nexo de unión entre ellos y el paciente. Sin embargo, no se ven preparados para afrontar este tipo de situaciones en la vida real.</p> <p>En general, se muestra que los futuros profesionales sanitarios no se encuentran suficientemente preparados para afrontar la muerte.</p>
Duelo en personal administrativo			
<p><i>TESIS: Diagnóstico en personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica en cuanto a actitudes hacia la muerte y burnout</i></p>	2019	<p>Briones Miranda, María Paz</p>	<p>Muestra: 60 trabajadores pertenecientes al personal administrativo de una red de salud oncológica en Chile que mantienen contacto directo con los pacientes y familiares.</p> <p>Se obtuvo que existen actitudes negativas hacia la muerte, lo que aumenta el riesgo de padecer burnout.</p>

14.4. Solicitud de permisos



**Universidad
de La Laguna**

SOLICITUD DE PERMISO PARA TRABAJO DE FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO

Dña. Sara García Martín con DNI 43839461N, socióloga y estudiante del Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud,

Expongo:

Como estudiante del Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud y autora del Trabajo de Fin de Máster "Muerte, duelo y burnout en el personal sanitario de Tenerife".

Solicito:

El permiso del Hospital Universitario de Canarias para la distribución de una encuesta con el fin de recoger datos sobre la percepción de la muerte y las estrategias de afrontamiento del personal sanitario y su relación con el síndrome de Burnout. Al finalizar el estudio se propondrán acciones de mejora. Los resultados obtenidos en esta encuesta serán confidenciales.

Para ello, solicito también acceso al número de personas contratadas en este momento, distribuidas por sexo y edad. Esto tiene como única finalidad la elaboración de la muestra.

Así, me responsabilizo del tratamiento adecuado de los datos obtenidos y su utilización únicamente para fines académicos. La profesora del máster María Mercedes Suárez Rancel, perteneciente al departamento de estadística e investigación operativa, informa que esta encuesta se utilizará en el marco de la realización del Trabajo de Fin de Máster antes mencionado.

En Santa Cruz de Tenerife, a 06 de febrero de 2022

Firmado:

<p>María Mercedes Suárez Rancel</p> <p>Profesora titular del departamento de estadística e investigación operativa</p>	<p>Sara García Martín</p>  <p>Alumna del Máster</p>
--	---

<p>Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: https://sede.ull.es/validacion/</i></p>	
Identificador del documento: 4163653	Código de verificación: ixMj+MOL
Firmado por: María Mercedes Suárez Rancel UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 06/02/2022 17:48:06



SOLICITUD DE PERMISO PARA TRABAJO DE FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO

Dña. Sara García Martín con DNI 43839461N, socióloga y estudiante del Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud,

Expongo:

Como estudiante del Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud y autora del Trabajo de Fin de Máster "Muerte, duelo y burnout en el personal sanitario de Tenerife".

Solicito:

El permiso del Hospital Nuestra Señora de Candelaria para la distribución de una encuesta con el fin de recoger datos sobre la percepción de la muerte y las estrategias de afrontamiento del personal sanitario y su relación con el síndrome de Burnout. Al finalizar el estudio se propondrán acciones de mejora. Los resultados obtenidos en esta encuesta serán confidenciales.

Para ello, solicito también acceso al número de personas contratadas en este momento, distribuidas por sexo y edad. Esto tiene como única finalidad la elaboración de la muestra.

Así, me responsabilizo del tratamiento adecuado de los datos obtenidos y su utilización únicamente para fines académicos. La profesora del máster María Mercedes Suárez Rancel, perteneciente al departamento de estadística e investigación operativa, informa que esta encuesta se utilizará en el marco de la realización del Trabajo de Fin de Máster antes mencionado.

En Santa Cruz de Tenerife, a 06 de febrero de 2022

Firmado:

María Mercedes Suárez Rancel

Profesora titular del departamento de
estadística e investigación operativa

Sara García Martín

Alumna del Máster

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 4163652 Código de verificación: Q86cD1iL

Firmado por: María Mercedes Suárez Rancel
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 06/02/2022 17:48:08

14.5. Tablas de resultados

Perfil sociodemográfico

Tabla 26: Anexo (P1) Edad

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	19-25	8	27,6	27,6	27,6
	26-35	8	27,6	27,6	55,2
	36-45	7	24,1	24,1	79,3
	46-55	5	17,2	17,2	96,6
	56-62	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 27: Anexo (P2) Sexo

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	25	86,2	86,2	86,2
	Masculino	4	13,8	13,8	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 28: Anexo (P3) Identidad de género

Identidad de género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	25	86,2	86,2	86,2
	Hombre	4	13,8	13,8	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 29: Anexo (P4) Estado civil

Estado civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e	válido	acumulado

Válido	Soltera/o	8	27,6	27,6	27,6
	En pareja no formal (sin documentos legales)	10	34,5	34,5	62,1
	Casada/o	10	34,5	34,5	96,6
	Divorciada/o	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 30: Anexo (P5) Hijas/os

Hijos/as					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	11	37,9	37,9	37,9
	No	18	62,1	62,1	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 31: Anexo (P6) Red de apoyo

Red de apoyo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí, cuento con una red de apoyo buena	26	89,7	89,7	89,7
	No, no tengo esa red de apoyo	1	3,4	3,4	93,1
	Tal vez, no estoy segura/o	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 32: Anexo (P7) Profesión

Profesión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermera/o	26	89,7	89,7	89,7
	Auxiliar de enfermería	3	10,3	10,3	100,0

	Total	29	100,0	100,0	
--	-------	----	-------	-------	--

Tabla 33: Anexo (P8) Lugar de trabajo

Lugar de trabajo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hospital Universitario de Canarias	10	34,5	34,5	34,5
	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria	10	34,5	34,5	69,0
	Atención Primaria	8	27,6	27,6	96,6
	Centro privado	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 34: Anexo (P9) Servicio/área de trabajo

Servicio/área de trabajo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Oncología	2	6,9	6,9	6,9
	Planta COVID	2	6,9	6,9	13,8
	Urgencias	6	20,7	20,7	34,5
	Hospitalización	3	10,3	10,3	44,8
	Primaria	8	27,6	27,6	72,4
	CAE	3	10,3	10,3	82,8
	UVI	1	3,4	3,4	86,2
	Quirófano	1	3,4	3,4	89,7
	Hospital de día	2	6,9	6,9	96,6
	Hemodiálisis	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 35: Anexo (P10) Años de experiencia

Años de experiencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	2	6,9	6,9	6,9
	Entre 1 y 5 años	11	37,9	37,9	44,8
	Entre 5 y 10 años	4	13,8	13,8	58,6
	Entre 10 y 20 años	8	27,6	27,6	86,2
	Más de 20 años	4	13,8	13,8	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Objetivo General 1

Tabla 36: Anexo (p12) frecuencia contacto con la muerte

Frecuencia de contacto con la muerte					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	6,9	6,9	6,9
	Algunos días puntuales	15	51,7	51,7	58,6
	Varias veces al mes	5	17,2	17,2	75,9
	Varias veces a la semana	5	17,2	17,2	93,1
	La mayoría de los días	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 37: Anexo (p13) incremento contacto muerte covid

Incremento de contacto con la muerte tras el Covid-19					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e		

Válido	Sí	12	41,4	41,4	41,4
	No	12	41,4	41,4	82,8
	Tal vez	5	17,2	17,2	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 38: Anexo (p14) en qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente

En qué medida le afecta el fallecimiento de un paciente					
		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	4	13,8	13,8	13,8
	Solo ese día	5	17,2	17,2	31,0
	Estoy pensando en ello durante varios días	18	62,1	62,1	93,1
	Me cuesta dejar de pensar en ello	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 39: Anexo (p15) sentimiento que le genera el fallecimiento de un paciente

		Recuent o	% de N columnas
Qué sentimiento le genera el fallecimiento de un paciente	Tristeza	21	77,8%
	Dolor	5	18,5%
	Empatía por la familia	23	85,2%
	Vulnerabilidad	5	18,5%
	Miedo	8	29,6%
	Rabia	4	14,8%
	Alivio	3	11,1%
	Tranquilidad	2	7,4%
	Impotencia	8	29,6%
	Culpabilidad	4	14,8%

Tabla 40: Anexo (p16) formación necesaria

Formación necesaria					
		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	3	10,3	10,3	10,3
	No	20	69,0	69,0	79,3

	No estoy segura/o	6	20,7	20,7	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 41: Anexo (P17)

		Recuento	% de N columnas
En el servicio en el que trabajo hay un mayor contacto con la muerte que en otros servicios	No	22	75,9%
	Sí	7	24,1%
	Total	29	100,0%
Cuando fallece una persona de una edad próxima a la mía me afecta	No	9	31,0%
	Sí	20	69,0%
	Total	29	100,0%
No hay tiempo suficiente para dedicar a las familias de las personas que fallecen	No	13	44,8%
	Sí	16	55,2%
	Total	29	100,0%
Es necesario recibir una formación para tratar con personas que saben que van a morir	No	8	27,6%
	Sí	21	72,4%
	Total	29	100,0%
Siento que la muerte de una persona joven me afecta más	No	7	24,1%
	Sí	22	75,9%
	Total	29	100,0%
A veces cuestiono mi trabajo cuando fallece un paciente	No	27	93,1%
	Sí	2	6,9%
	Total	29	100,0%
Me afecta más cuando fallece un paciente al que he atendido durante un periodo largo de tiempo largo	No	9	31,0%
	Sí	20	69,0%
	Total	29	100,0%
Las muertes por covid-19 me han afectado negativamente	No	26	89,7%
	Sí	3	10,3%
	Total	29	100,0%
Las muertes por covid-19 me han hecho apreciar más la vida	No	19	65,5%
	Sí	10	34,5%
	Total	29	100,0%

Objetivo específico 2

Tabla 42: Anexo (p18) estrategias de afrontamiento

Recuento
o

Afrontamiento activo	0	1
	1	1
	2	4
	3	4
	4	9
	5	5
	6	5
Planificación	0	4
	1	3
	2	9
	3	5
	4	4
	5	4
Apoyo emocional	0	6
	1	2
	2	6
	3	5
	4	6
	5	2
	6	2
Apoyo social	0	5
	1	6
	2	4
	3	8
	4	3
	5	1
	6	2
Religión	0	16
	1	2
	2	8
	4	3
Reevaluación positiva	0	2
	1	2
	2	8
	3	5
	4	10
	6	1
Aceptación	1	1
	2	2
	3	2
	4	10
	5	7
	6	7
Negación	0	19
	1	4
	2	3
	3	2
	5	1
Humor	0	16
	1	7
	2	5
	4	1
Autodistracción	0	4
	1	6
	2	5
	3	4
	4	8

	6	2
Autoinculpación	0	16
	2	11
	3	1
	4	1
Desconexión	0	13
	1	10
	2	6
Desahogo	0	3
	1	5
	2	8
	3	7
	4	4
	5	1
	6	1
Uso de sustancias	0	26
	1	2
	2	1