



Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

**Trabajo Final de Grado
Curso académico 2014-2015**

**El impacto emocional de la muerte de los pacientes
en la práctica asistencial enfermera y su relación
con el Burnout y la “Fatiga por Compasión”**

Autora: Carla Simón Rincón

Tutora: Montserrat Edo Gual

Sant Cugat del Vallès, Junio de 2015

Índice

1. Resumen.....	Pág.3
1.1 Resumen en español.....	3
1.2 Abstract.....	4
2. Introducción.....	5
2.1 El impacto de la muerte en los profesionales de enfermería.....	7
2.2 Burnout y “Fatiga por Compasión”.....	11
2.3 Hipótesis y pregunta de investigación.....	14
2.4 Objetivos.....	15
3. Metodología.....	16
3.1 Diseño del estudio.....	16
3.1.1 Primera fase: Estudio cuantitativo.....	16
3.1.2 Segunda fase: Estudio cualitativo.....	20
4. Discusión y conclusiones.....	23
5. Agradecimientos.....	34
6. Bibliografía.....	35
7. Anexos.....	40
7.1 Anexo 1: Variables sociodemográficas.....	40
7.2 Anexo 2: Collet-Lester Fear of Death Scale. Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester.....	41
7.3 Anexo 3: Professional Quality of Life. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-Version IV. Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, cuarta versión.....	43
7.4 Anexo 4: Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	46
7.5 Anexo 5: Hoja de información al participante.....	48
7.6 Anexo 6: Consentimiento informado.....	51

1. Resumen

1.1 Resumen en español

En los últimos años, el proceso de morir se ha trasladado de los hogares a los hospitales, provocando una mayor invisibilidad social de la muerte. Enfermería es una de las profesiones con mayor contacto con pacientes en situación de últimos días de vida, y este contacto puede provocar desgaste emocional afectando tanto a la calidad de sus cuidados, como a su vida diaria, pudiendo llegar a producir Burnout y/o Fatiga por Compasión.

Metodología: Estudio mixto, que se ejecutará en dos fases. La muestra estará constituida por enfermeros y enfermeras de cuidados paliativos. En la primera fase se realizará el estudio cuantitativo de diseño descriptivo, observacional y transversal con instrumentos de medición sobre el miedo a la muerte, el nivel de Burnout, la Fatiga por Compasión, y variables sociodemográficas. En la segunda fase se elaborará el estudio cualitativo de diseño fenomenológico, en el que se realizarán entrevistas semiestructuradas a profesionales de enfermería hasta llegar a la saturación de los datos.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería que trabajan en cuidados paliativos presentan riesgo de sufrir Burnout y Fatiga por Compasión. El cuidado al paciente en situación terminal y su familia son experiencias relatadas como estresantes por las propias enfermeras, así como generadoras de un importante impacto emocional. Para poder afrontar los cuidados en situaciones de final de vida y minimizar el impacto emocional es importante la formación en técnicas de afrontamiento, como son la desconexión emocional, la aceptación, el apoyo social y el distanciamiento entre otras.

Palabras clave: afrontamiento, burnout, emociones, emociones en la muerte de pacientes, enfermería, fatiga por compasión, impacto de la muerte, miedo a la muerte.

1.1. Abstract

In the last years, dying process has moved from homes to hospitals, causing a higher social death invisibility. Nursing is one of the occupations where the contact with patients at their last days of life is larger, so it can cause emotional stress affecting the quality of their care, as their daily life, generating Burnout and/or Compassion Fatigue.

Method: A mixed two-phase study. The sample will be performed by palliative care nurses. In the first phase, the quantitative study is descriptive, observational and cross-sectional design with questionnaires about the fear of death, the level of Burnout, the Compassion Fatigue, and other sociodemographic variables. In the second phase, the qualitative study is a phenomenological design, in which semi-structured interviews will do until reach to data saturation.

Conclusions: Nurses working in palliative care is at risk for Burnout and Compassion Fatigue. Taking care of terminally ill patients and their families are stressful experiences reported by the nurses; moreover, they generate a significant emotional impact. Training in coping skills is important to can meet the care in end of life situations and minimize the emotional impact. Some of these coping skills can be emotional disconnection, acceptance, social support and distancing among others.

Key words: burnout, compassion fatigue, coping, emotions, emotions in the death of patients, fear of death, impact of the death, nursing.

2. Introducción

La vivencia de la muerte ha evolucionado históricamente provocando un impacto diferente según las personas y la sociedad en la que conviven. La muerte es un proceso natural e inevitable que forma parte del ciclo vital, por lo que supone el final de la vida, y la consecuencia inevitable de ésta (1-3). Hasta mediados del siglo XX, la muerte era considerada como un acontecimiento social, vivida como algo cotidiano y, mayoritariamente aceptado, siendo frecuentemente la persona consciente de su proceso de muerte (1, 4, 5). La persona fallecía dentro de su hogar, rodeado de su familia, amigos, incluso la presencia de niños era común, lo que facilitaba la integración de la muerte como un proceso natural (5-7). Paralelamente a los avances tecnológicos se ha desplazado el lugar de fallecimiento de los hogares a los hospitales, favoreciéndose su invisibilidad y contribuyendo a su tabulización (4, 8, 9).

Actualmente, en las sociedades occidentales, cada vez es más difícil encontrar personas, sobre todo adultos jóvenes, que hayan visto morir a alguien o hayan contemplado un cadáver, aparte de los profesionales sanitarios (5). El hecho de morir en una institución hospitalaria aumenta la separación de la muerte de la vida, creando una mayor invisibilidad de los ritos y costumbres que acompañan al proceso de morir, y alejando la vivencia de la muerte como un proceso natural (6). Los niños son apartados cuando ocurren muertes cercanas, como por ejemplo el fallecimiento de un abuelo, aunque son conscientes de la muerte impersonal que ven a través de medios de comunicación, películas, etc. (5). Uno de los motivos de esta exclusión es por el miedo que presentan las personas que los cuidan, y que los niños vivan la muerte como un hecho traumático, por lo que frecuentemente son alejados de los rituales de despedida, como los funerales y los entierros (5).

En el contexto de final de vida, frecuentemente, también se diferencia entre dos conceptos: buena y mala muerte, según las circunstancias en que ocurre la muerte y la vivencia que ésta provoca (1, 2, 4-9). También, el concepto de buena y mala muerte ha variado históricamente (5, 6). Antes de la mitad del siglo XX, la buena muerte se consideraba aquella en que el propio individuo conocía que iba a fallecer, permitiéndole utilizar sus últimos momentos para preparar sus asuntos

personales, sociales y religiosos, además de poder despedirse de sus familiares (5). En cambio, se consideraba mala muerte a la muerte inesperada, aquella que ocurría de forma repentina, sin poder despedirse de sus seres queridos ni resolver sus asuntos personales (5). Actualmente, este concepto ha ido variado de manera sustancial; la buena muerte es descrita como aquella en la que no hay sufrimiento ni consciencia de ella, en la que “si uno no es consciente que va a morir, mejor”, a diferencia de la mala muerte, considerada como aquella en la que la persona sufre durante un largo periodo de tiempo y es consciente del proceso (1, 5).

Gómez Sancho (5) explica que *“los derechos del enfermo moribundo en el mundo moderno son: no saber que va a morir y, si lo sabe, comportarse como si no lo supiese. Nuestra muerte no ha de plantear problemas a los que nos rodean”*. Se ha de considerar que el concepto de buena muerte puede variar según las personas, por lo que es único, e individualizado; en cada sociedad o cultura el concepto puede variar, aunque la mayoría de las personas elige hablar de una buena muerte refiriéndose a una muerte digna, pacífica y no prolongada (5, 10). En otras palabras, una buena muerte es aquella que no genera angustia al paciente y es adecuada a su voluntad; si la voluntad del paciente es que le seden durante su proceso de final de vida, ésta sería una buena elección para favorecerle lo que para él sería una buena muerte. Por lo contrario, la mala muerte se asocia a altos grados de malestar tanto a los propios pacientes como en su familia, ya sea por no aliviar el dolor del paciente, o por no respetar sus voluntades (10).

En este contexto, el modelo médico occidental, mayoritariamente biólogo, tiende a considerar la muerte del paciente como un fracaso, pudiendo generar frustración, miedo, estrés, ansiedad y depresión a los propios profesionales (2, 4, 11). Por lo que el contacto con la muerte puede repercutir en la salud de los profesionales, ya que puede ser fuente de estrés y de angustia psicológica al interpretar la muerte del paciente como un fracaso personal (4).

2.1 El impacto de la muerte en los profesionales de enfermería

Enfermería es una profesión que mantiene un contacto continuo con sus pacientes, también en situaciones de sufrimiento y de muerte, en las que presta cuidados al enfermo y a la familia, tanto en el ámbito físico como en el emocional y espiritual (7, 12). Este hecho, puede repercutir emocionalmente en el profesional de enfermería, ya que la enfermera está expuesta a intensas y continuadas emociones y sentimientos del propio paciente, pudiéndole generar consecuencias como la aparición del estrés y dificultades en el cuidado debido a la confrontación con el dolor y el sufrimiento del paciente y de su familia (12). En este sentido, la mayoría de los estudios realizados con profesionales y estudiantes de enfermería concluyen que una mayor experiencia amortigua el impacto emocional, mejorando la práctica asistencial y su manejo emocional (2, 6, 13-15). Es decir, la experiencia en la práctica podría atenuar el impacto emocional de los profesionales de enfermería (2).

En el ámbito hospitalario, enfermería es una de las profesiones más cercanas al enfermo, ya que está presente las 24 horas del día realizando sus cuidados (7). El contacto continuo con el paciente puede generar una relación de confianza, que favorece el conocimiento de los sentimientos y emociones de éste. Enfermería y su equipo de trabajo pueden influir en la vivencia del proceso de morir, en el hecho que el paciente tenga una buena o mala muerte, a partir de detectar y dar respuesta a las necesidades de los pacientes, ya que los cuidados enfermeros no se centran sólo en los cuidados físicos, sino también en el apoyo emocional a los pacientes y a los familiares, sobre todo en situaciones de final de vida (10, 12).

A lo largo de su jornada laboral, la enfermera entra en contacto con los aspectos emocionales del paciente y familia, algunas vividas de manera más positiva, como la alegría o la felicidad, y otras que provocan más malestar, como la ansiedad, la tristeza o el miedo. En este sentido, la muerte de los pacientes, provoca diversas reacciones emocionales en las enfermeras, como miedo, tristeza, culpa, ira y/o alivio (16, 17).

Según Sevilla Casado *et al.* (2) *“las emociones de los propios profesionales pueden influir en la calidad de los cuidados, en especial las derivadas de estos*

procesos de muerte y de duelo de pacientes y familiares”. El contacto con la muerte y el sufrimiento de los pacientes y de sus familiares pueden afectar a los sentimientos y emociones de los propios profesionales, repercutiendo en su regulación emocional, además de aumentar su miedo a la muerte (18, 19). En enfermería, según Ruymán Brito *et al.* (20), el afrontamiento de la muerte va a depender de múltiples factores: la situación psicoemocional en la que se encuentre el profesional en ese momento, las experiencias previas con la muerte de otros, el trabajo previo con su propia muerte, los conocimientos sobre el entendimiento de nuestra sociedad en el morir y la muerte y la destreza que se tenga en el afrontamiento de experiencias límite como es el final de vida. La mayoría de profesionales de enfermería tienen su primer contacto con la muerte como estudiantes durante sus prácticas asistenciales, y la gran mayoría explican el gran impacto que les provocó la primera muerte del paciente (3).

Diversos estudios (6, 7) muestran que el impacto que sufren las enfermeras puede estar relacionado con las dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales y sus familiares, expresando miedo e inseguridad al desconocer cómo manejar estas situaciones. En el estudio de Edo Gual *et al.* (6) en una muestra de 243 de estudiantes de enfermería, encuentran que el miedo a la muerte es mayor a menor edad, y además que los estudiantes de cursos más avanzados presentan menos miedo a la muerte de los otros; pudiendo ser debido a la adquisición de habilidades, entre ellas las relativas a la comunicación, durante la carrera. Ruymán Brito *et al.* (20), identifican principalmente tres temores en los enfermeros ante el acompañamiento de la persona en situación de final de vida, miedo a no saber qué decir, miedo a no saber cómo ayudar de manera eficaz y miedo a su propia respuesta emocional. Otros estudios (1, 11) muestran que una mayor formación en este ámbito, mejora la comunicación con los pacientes, y ayuda en el desarrollo de actitudes más positivas para poder ofrecer una mejor calidad en los cuidados, por lo que fomentan la formación en el afrontamiento de la muerte. Gallagher *et al.* (11) en un estudio cualitativo con una muestra de 17 estudiantes de enfermería, destaca que el 75% de la muestra explicaba que la formación en las áreas comunicativas y en cuidados paliativos le habían servido para su práctica profesional.

Son muchos los factores que influyen en la actitud ante la muerte, pudiendo diferenciarse los factores relacionados con el propio profesional y los factores relacionados con el paciente (4). Los primeros se refieren a la edad del profesional, la edad de la primera experiencia con la muerte, los años de experiencia profesional y el nivel formativo (4, 16). En el segundo grupo destacan la edad del paciente (a menor edad, mayor afectación), la relación con el paciente y su familia y la causa de la muerte (4). Además, cabe considerar que el estrés no solo influye en las conductas y comportamientos de las enfermeras, sino que también afecta a la práctica asistencial, como por ejemplo, el aumento del riesgo de cometer errores de medicación, tal y como explica Maiden *et al.* (21).

Asimismo, hay que tener presente que la situación actual de crisis, comporta la reducción del personal asistencial debido a los recortes, además de condiciones laborales precarias y falta de recursos materiales y estructurales; todo ello junto con la falta de comunicación, la carencia de estrategias de afrontamiento y la baja realización del personal sanitario, puede generar insatisfacción laboral, e incidir en la calidad de los cuidados prestados y en la interrelación con los miembros del equipo interdisciplinar, aumentando el riesgo de depresión, duelo disfuncional y sentimientos de culpa (10, 17, 22).

Las actitudes ante cuidado del paciente en situación final de vida pueden ser más negativas cuanto mayor es el miedo a la muerte del propio profesional, favoreciendo las conductas de evitación, ya sea evitando el contacto con el paciente o evitando a contestar las preguntas de este (6, 12). El cuidado de pacientes en situación de últimos días de vida puede provocar la aparición de duelo como respuesta emocional en los profesionales que le cuidan (16). Aunque el duelo sea un proceso adaptativo, en diversas ocasiones puede desencadenar en un duelo complicado, que es *“aquella insatisfacción del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo sin resolución, procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes a su curación”* (4, 23). El duelo no resuelto tiene consecuencias tanto emocionales como físicas, pudiendo provocar tanto problemas profesionales y personales, tales como

negación, sentimientos de disminución de la competencia profesional, baja autoestima, preocupación por la muerte y dolor abrumador (16).

2.2 Burnout y “Fatiga por Compasión”

En el contexto de los cuidados al final de la vida y como consecuencia del impacto que produce la muerte en los profesionales de enfermería, cabe considerar dos síndromes derivados del desgaste emocional que supone el afrontamiento cotidiano de estas situaciones, el Burnout y la “*Fatiga por Compasión*”.

El desarrollo del Burnout se relaciona con un estrés mantenido en el tiempo que provoca un gran desgaste emocional en el profesional que incide en el trato con el paciente. El Síndrome de estar quemado, fue definido en 1981 por Maslach y Jackson (24) como “*respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado*”. El Burnout puede afectar a la calidad de los cuidados enfermeros dados a los pacientes y a sus familiares, ya que al estar emocionalmente agotado, el profesional no rinde de forma adecuada (25). Este síndrome, contempla tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización o indiferencia y falta de realización personal en el trabajo (24-26). En el ámbito enfermero, algunos de los factores que pueden incidir en la aparición del Burnout son la carencia de habilidades comunicativas, la falta de tiempo para atender a los pacientes, las dificultades para coordinarse con distintos departamentos y con los diferentes miembros del equipo de trabajo (12, 27). El Burnout genera sentimientos como frustración, impotencia, e incapacidad para conseguir los objetivos, por lo que disminuye la empatía en el trato a sus pacientes, aumentando las conductas de evitación y de cinismo hacia a los pacientes e incrementándose las actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo (18, 27, 28).

En la actualidad, otro de los constructos cada vez más presente en la literatura de cuidados al final de vida es la llamada “*Fatiga por Compasión*” (FC). La FC está relacionada con las profesiones que presentan situaciones de gran exposición al sufrimiento de otros, incluyendo tanto el sufrimiento físico como el emocional, así como la falta de apoyo emocional en el lugar de trabajo (26). Para Joinson (26, 27), la FC se desarrolla en el ámbito enfermero debido a que las enfermeras

empáticas pueden llegar a interiorizar y contagiarse del estrés postraumático de las personas a las que ayudan; en este sentido, la FC es una forma de agotamiento que afecta a las personas que cuidan a otros que están sometidos a un alto grado de sufrimiento, es el coste del cuidado. Figley (27, 29) explica que la FC se produce como respuesta al estrés y genera sensación de impotencia y confusión, además de sentimientos de aislamiento. Añade también que en el ámbito enfermero hay riesgo de padecerla porque la compasión y la empatía son valores fundamentales de enfermería (29). Para McHolm (27), se distinguen dos tipos de FC; la primera es aquella en la que el profesional se identifica con el paciente y se contagia del dolor de este; y la segunda es aquella en la que el profesional vuelve a experimentar eventos traumáticos por las explicaciones dadas por el paciente. Existen diferentes factores de riesgo en la FC, como son el estrés del trabajo, y las personalidades perfeccionistas, concienciadas y de entrega, estos rasgos hacen que sean más susceptibles de presentarla (27).

La FC se desarrolla con el tiempo y está asociada a un cambio de comportamiento y a la pérdida de la capacidad de interactuar (26). Puede generar múltiples manifestaciones, tanto físicas como psicológicas, que pueden incluir, cansancio, irritabilidad, cinismo, desánimo, hipertensión, ansiedad, imágenes y/o pensamientos intrusivos, aislamiento, miedo a ir a trabajar o a entrar en la habitación del paciente, aumento del consumo de alcohol o de alimentos, trastornos de sueño, pérdida de la compasión y/o agravamiento de dolencias físicas existentes (26, 27, 29). Este tipo de desgaste emocional puede influir en la calidad de los cuidados, provocar una disminución de la productividad, y aumentar el número de bajas (27).

Un estudio realizado por Hooper *et al.* (30), con una muestra de 109 enfermeras, se administró el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (30) en enfermeras de urgencias, cuidados intensivos, oncología y nefrología; los resultados revelaron que un 82% de enfermeras que trabajaban en urgencias han presentado alguna vez altos niveles de Burnout, y un 86% presentaban altos niveles de haber padecido FC. Por otra parte, los profesionales de las áreas de oncología, nefrología y cuidados intensivos, presentaban unos niveles pocos significativos en los anteriores síndromes, aunque destacan mayor riesgo de

padecer FC en el área de oncología y en cuidados intensivos mayor riesgo de padecer el Burnout (30, 31). Para Yoder (32), la FC y el Burnout también depende del número de horas trabajadas. Según su estudio en una muestra de 178 enfermeras, los profesionales que realizaban una jornada laboral de ocho horas presentaban mayor FC y Burnout que aquellos que trabajaban 12 horas. Este hecho podría interpretarse como que los profesionales que trabajan 12 horas llegan a adaptarse mejor a la situación y tienen menos probabilidades de padecer FC y Burnout que los que tienen una jornada más reducida.

En la práctica asistencial, las emociones del profesional adquieren un rol muy importante, ya que si no son reguladas de manera adecuada, aumenta el riesgo de padecer Burnout, FC o incluso la aparición de duelos no resueltos; por otra parte, una incorrecta gestión emocional repercute también en el paciente ya que puede incidir en la calidad de los cuidados (2, 12, 16, 18, 24, 26, 27, 29). Algunas de estas repercusiones son las conductas evitativas de las propias enfermeras ante la angustia, el estrés, el dolor y/o el miedo que les provoca la muerte, lo que favorece la creación de barreras defensivas protectoras que incidirán en el trato al paciente (6, 12). Por ello, es necesario identificar las situaciones que más malestar emocional provocan y que favorecen en la aparición de estas conductas poco adaptativas, además de detectar recursos para poder afrontarlas (25).

En nuestro país, existen pocos estudios realizados sobre el impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la FC. La mayoría de estudios relacionados, se han centrado en el impacto de la muerte en los estudiantes de enfermería, y los parámetros más estudiados han sido el miedo y la ansiedad ante la muerte (3, 6, 7). Así pues, parece necesario conocer las experiencias vividas por las enfermeras al enfrentarse a la muerte de los pacientes ya que estas vivencias pueden condicionar la calidad de los cuidados en su práctica asistencial, e influir en su propia salud emocional (2, 4, 16, 24, 26). En este sentido, los profesionales de enfermería que conviven cotidianamente con situaciones de muerte y pérdidas que les provocan alto impacto emocional, tienen un mayor riesgo de desarrollar el “síndrome de estar quemado” o Burnout y/o la FC, por lo que es importante identificar de manera precoz los signos y síntomas de estos síndromes (21, 26, 28, 29, 33).

2.3 Hipótesis y pregunta de investigación

Las hipótesis del siguiente trabajo son:

- Las enfermeras que trabajan cuidando a pacientes en situación final de vida presentan índices de Burnout y “*Fatiga por Compasión*” más elevados que las enfermeras que trabajan en otros servicios sanitarios.
- La experiencia profesional reduce el impacto emocional de la muerte de la enfermera, y a su vez disminuye los niveles de Burnout y “*Fatiga por Compasión*”.

La pregunta de investigación para este estudio es:

- ¿Cómo afecta a las enfermeras la experiencia de la muerte de los pacientes durante su práctica asistencial?

2.4 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Analizar las actitudes ante la muerte propia y ajena de los profesionales de enfermería.
- Evaluar los niveles de “*Fatiga por Compasión*” en las enfermeras que cuidan a pacientes en situación final de vida.
- Conocer los niveles de Burnout en las enfermeras que cuidan a pacientes en situación final de vida.
- Identificar la relación entre la experiencia profesional y el miedo a la muerte en las enfermeras.
- Explorar la vivencia de las enfermeras en el afrontamiento de la muerte de los pacientes.
- Conocer las estrategias de afrontamiento que las enfermeras explican como ayuda en su afrontamiento en situaciones de final de vida.

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio mixto que utiliza metodología cuantitativa y cualitativa para dar respuesta a las hipótesis y a la pregunta de investigación planteada. En la primera fase del estudio se utilizará la metodología cuantitativa. En la segunda fase, la metodología cualitativa.

3.1.1 Primera fase: Estudio cuantitativo

Diseño

Estudio descriptivo, observacional y transversal.

Muestra

La población de estudio son enfermeros y enfermeras de hospitales y/o servicios sociosanitarios de la comarca del Barcelonés, del Vallés Occidental y del Vallés Oriental, y la muestra serán enfermeros y enfermeras que trabajen en estas áreas en el sector de cuidados paliativos. Los criterios de inclusión son: personal de enfermería que hayan ejercido profesionalmente como mínimo durante un año en cuidados paliativos y que hayan acompañado como mínimo a diez pacientes en su proceso de morir.

Los criterios de exclusión son personal de enfermería que hayan requerido bajas laborales por trastornos depresivos y/ o de ansiedad y/o que estén en proceso de duelo por pérdida en el último año y medio.

En la tabla 1, se presentan las características y el número de centros según su zona geográfica requeridos para realizar el estudio.

Tabla 1: Centros asistenciales opcionales para la investigación.

Comarca	Hospital/ Servicio	Número de centros
Barcelonés	Hospital con unidad de cuidados paliativos	5
	Unidades de PADES	3
	Centro sociosanitario	2
Vallés Occidental	Hospital con unidad de cuidados paliativos	2
	Centro sociosanitario	1
	Unidad de PADES	1
Vallés Oriental	Hospital con unidad de cuidados paliativos	1

Procedimiento

Se utilizarán cuestionarios autoadministrados que incluirán variables sociodemográficas e instrumentos de medida a las enfermeras de los centros descritos en la tabla 1, durante sus turnos de trabajo. La recogida de datos se realizará en sus puestos de trabajo y el acceso a la muestra será mediante las supervisoras de cada unidad y/o el responsable de cada equipo de PADES. Se estima una muestra de 70 enfermeras.

Instrumentos

El cuestionario incluye las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, religión, años de experiencia en enfermería y años de experiencia en el sector de cuidados paliativos (ver Anexo 1).

Además, se incluye los siguientes instrumentos de medida:

- Collett-Lester Fear of Death Scale. Es la escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (34), creada en 1969, con la versión modificada de 2003. El cuestionario fue traducido y validado en 2007 al español por Tomás

Sábado *et al.* (34, 35). Esta escala es un instrumento multidimensional formado por 28 ítems y presenta cuatro subescalas: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de los otros, miedo al proceso de morir propio y miedo al proceso de morir de otros (6, 34). Las respuestas son tipo Likert con una puntuación de 1 a 5, donde 1 equivale a nada y 5 a mucho. La puntuación total varía de un mínimo de 28 a un máximo de 140 (14). Una mayor puntuación indica un mayor miedo a la muerte o al proceso de morir (34) (ver Anexo 2).

- Professional Quality of Life. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV, realizada por Hudnall Stamm (36) en 1997, cuya versión es del año 2005. La versión española de esta escala es el *Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción*, cuarta versión, traducida por Morante Benadero *et al.* (36). En esta escala, identifica tanto los aspectos positivos como los negativos que supone al presentar empatía hacia aquellos que se cuida durante en la práctica asistencial (26). Aparte de valorar la FC, evalúa también la Satisfacción por compasión y el Burnout. Está formada por 30 ítems, con respuesta tipo Likert, donde 0 equivale a nunca a 5 que equivale a siempre; existen ítems con puntuación inversa: 1, 4, 15, 17 y 29. Los ítems que evalúan la FC son los siguientes: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28. La media de esta puntuación es 13, por lo que una puntuación superior a 17 significa que el encuestado presenta índices altos de FC. Los ítems que miden la Satisfacción por compasión son: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30; la puntuación media en esta escala es 37, considerando alta satisfacción por compasión aquella puntuación superior a 42, y baja satisfacción por compasión inferior a 33. Los ítems que evalúan el Burnout son: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29, su puntuación media es 22, y las puntuaciones superiores a 27, indican riesgo alto de padecerlo, en cambio, si la puntuación es menor a 18, el riesgo es bajo (ver Anexo 3).
- Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), creada en 1981 por Maslach y Jackson, traducida y validada por Gil Monte en 1999 (37). Ésta escala se utiliza para evaluar los índices de Burnout (25). Está compuesta por 22

ítems, y con respuesta tipo Likert que van de 1 a 5, donde 1 equivale a nunca y 5 a siempre. Presenta tres subescalas; la primera hace referencia al agotamiento emocional y está formada por 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; esta dimensión se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales y describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente en referencia al trabajo. La segunda dimensión es la que hace referencia a la despersonalización, y está formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15 y 22, que se identifican con una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; por último, la tercera dimensión está relacionada con la realización personal en el trabajo, y está compuesta por los ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, que se refieren a sentimientos de competencia y eficiencia en el trabajo (37). Una puntuación en la subescala de agotamiento emocional de 27 o superior indica un alto grado de Burnout, en cambio una puntuación inferior a 19 indica bajos índices de Burnout. En la subescala de despersonalización, una puntuación superior a 10, indica alto grado de despersonalización y menor de 6, bajo grado de despersonalización. En el apartado de realización personal, una puntuación superior a 30 indica baja realización personal, y si es superior a 40, alta realización personal (38). En resumen, una puntuación de las dos primeras subescalas elevada y la tercera es baja, definirían este síndrome (ver Anexo 4).

Análisis de datos

Los datos serán tabulados y analizados con el SPSS 21.0v para Windows. Además del análisis descriptivo de los datos, se calcularán los índices de correlación entre las diferentes variables aplicando la estadística inferencial.

Aspectos éticos

El estudio será aprobado por el Comité de Ética de cada centro asistencial que participe en el estudio. La participación en el estudio será voluntaria, respetando el anonimato de todos los participantes, pudiendo abandonar la investigación en

cualquier momento sin que ello comporte ninguna consecuencia. Todos los datos serán tratados confidencialmente y para uso exclusivo de la investigación.

3.1.2 Segunda fase: Estudio cualitativo

Diseño

El estudio se corresponde a un diseño fenomenológico interpretativo.

Muestra

La muestra será intencional y por conveniencia. La muestra se segmentará según las puntuaciones resultantes en las diferentes escalas del estudio cualitativo. La muestra teórica se obtendrá mediante la identificación de los códigos de los participantes con que hayan presentado puntuaciones elevadas en la escala de Burnout, en la de FC y en la escala de miedo a la muerte; por otro lado, se seleccionaran los participantes que presenten las puntuaciones menores en dichas escalas. El objetivo de esta segmentación de la muestra es obtener la máxima representatividad narrativa del fenómeno de estudio. Se prevé una muestra entre 10 a 15 participantes, aunque el número final vendrá determinado por la saturación de los datos.

Técnica de recogida de datos

La técnica de recogida serán las entrevistas individuales. Serán entrevistas semiestructuradas, con un guión de temas a explorar, seleccionados a partir de la revisión previa de la literatura sobre el fenómeno. Las entrevistas se realizarán en un entorno conocido por los participantes que facilite su acceso a las entrevistas y favorezca la continuidad asistencial. Las entrevistas tendrán una duración entre 60 a 90 minutos, y serán grabadas para posterior transcripción y análisis de datos. Las entrevistas serán realizadas por la investigadora principal del estudio que no tiene relación personal ni profesional con los participantes entrevistados.

En la tabla 2, se muestran la guía de preguntas planteadas para la entrevista.

Tabla 2: Guía de preguntas planteadas para la entrevista

¿Qué sentimientos y emociones experimentaste ante la muerte de un paciente?
¿Estas emociones, cambian según la situación, paciente, tipos de muerte? ¿En qué?

Después de la muerte de un paciente: ¿tienes dificultades para seguir trabajando?
¿Qué es lo que más te cuesta? ¿Qué es lo que más te ayuda?

¿Cómo manejas los sentimientos y emociones que surgen durante estas vivencias relacionados con la muerte de los pacientes durante su jornada laboral? ¿Qué sueles hacer?

¿Es frecuente que “te lleves a casa” pensamientos o sensaciones relacionados con pacientes o familias en situación de final de vida? ¿A qué piensas que es debido?
¿Qué haces en estas situaciones?

¿Has experimentado en alguna ocasión síntomas relacionado con dificultades para dormir, agravamiento de síntomas dolorosos, depresión, malestar general, u otros?
¿Podrías hablarme sobre ello? ¿Con que lo relacionas?

¿Has pensado alguna vez que tu trabajo no tiene demasiado sentido? ¿Qué no te sientes realizado?

¿Qué piensas que te podría ayudar a mejorar tu práctica asistencial en relación a estos temas?

Análisis de datos

Las entrevistas serán grabadas y posteriormente se realizará una transcripción literal de las grabaciones. Para el análisis de datos, se utilizará el método de Colaizzi (3). Para evitar errores de interpretación, una vez transcritas las narraciones, se volverán a escuchar de manera detenida las grabaciones para verificar la correcta transcripción. Seguidamente, se leerá detenidamente y repetidamente los textos transcritos para familiarizarse con ellos, y poder elaborar unas primeras intuiciones preanalíticas, a partir de las interpretaciones y las ideas que nos expresan los entrevistados. Se elaborará una lista tentativa de los temas

que aparecen en el texto, además de diseñar un esquema provisional de clasificación de los temas.

En una segunda fase se realizará un análisis *pegado al texto*, codificando las citas más representativas y que constituirán las primeras unidades de significado. Durante el proceso de análisis y según la emergencia e interpretación de los datos, los códigos se agruparán en categorías superiores. El proceso de análisis de datos se realizará mediante la comparación constante, desde los datos a las categorías y de las categorías a los datos para realizar la verificación adecuada de los resultados emergentes.

Por último, se redactará un informe preliminar de los resultados, y se enviará a los participantes del estudio para que puedan validar los resultados.

Se utilizará el programa informático Atlas-Ti v7. Para Windows, como soporte para la ordenación y almacenamiento de los datos.

Rigor

Para asegurar el rigor en el análisis de datos, participarán dos investigadores independientes de la recogida de datos, analizando los datos transcritos en las distintas fases de análisis, para posteriormente compartir y discutir los resultados. Además, los propios participantes corroborarán los resultados preliminares.

Aspectos éticos

Se obtendrá el permiso del Comité de ética de los distintos centros de salud para la realización de las entrevistas. Los participantes del estudio serán informados sobre la técnica de recogida de datos y de la voluntariedad del estudio, entregándoles un documento de consentimiento informado (ver Anexo 5 y 6). Todos los datos serán tratados, anónima y confidencialmente, y las grabaciones se eliminarán una vez finalizado el estudio.

4. Discusión y conclusiones

Una de las metas de enfermería es ofrecer unos cuidados de calidad, adaptados a las necesidades de los pacientes, valorando al paciente de forma holística para proporcionar unos cuidados individualizados. Para poder darlos, es necesario que las enfermeras se encuentren en plenas facultades, tanto física como psicológicamente, ya que los cuidados dados por ellas repercuten en la calidad de estos, y por lo tanto, en el propio bienestar del paciente (2, 4, 12, 16, 29). En situaciones de cuidados al final de la vida, los cuidados han de favorecer una buena muerte, por lo que es importante que los profesionales tengan actitudes orientadas hacia la aceptación de la muerte, para evitar que los propios miedos afecten su práctica asistencial (1). Para ofrecer este tipo de cuidados, las enfermeras deben de poseer habilidades y competencias para realizarlos, además de adaptarse a las situaciones diarias y/o repentinas que se presentan en su práctica diaria.

A lo largo de este proyecto de investigación, se han planteado una serie de objetivos. Aunque el estudio no se ha puesto en práctica, y por lo tanto, no tenemos resultados, sí es cierto que podemos llegar a resolver y/o orientar estos objetivos según la bibliografía consultada. En primer lugar, si observamos el objetivo planteado sobre *analizar las actitudes ante la muerte propia y ajena de los profesionales de enfermería*, existen diferencias en cuanto a las actitudes ante la muerte (1, 7). Así, las enfermeras que trabajan con personas adultas, presentan dificultades en las actitudes ante la muerte ajena cuando la muerte afecta a niños, viviendo la situación como estresante, manifestando falta de habilidades, conocimientos y técnicas para abordarlo, por lo que genera sentimientos de incompetencia (1, 7, 14). Las enfermeras que no toleran la muerte propia y ajena, presentan sentimientos de vulnerabilidad y falta de control, traduciéndose en un abandono del paciente, soledad, aislamiento físico y emocional, por lo que las enfermeras dejan de comunicarse con el paciente (7). Este ejemplo se puede observar en el estudio de Borrell *et al.* (7), ya que evalúan a enfermeras de las áreas de Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos, exponiendo que las enfermeras se muestran más preparadas en su proceso de morir, es decir, presentan un nivel de ansiedad menor ante la muerte en el proceso de morir; y en

cuanto al parámetro de la muerte ajena, existen unos niveles de afrontamiento elevados cuando la persona que fallece es anciana que si es un niño. En el estudio de Edo Gual *et al.* (6), los estudiantes de enfermería, respecto a la muerte de otros, manifiestan mayores niveles de ansiedad ante la muerte como estado que ante la muerte como proceso, pudiendo interpretarse como que el futuro profesional puede manejarse mejor con los cuidados físicos y psicológicos durante el proceso de morir del otro, pero presentar ansiedad ante la idea de la muerte como estado, en lo que supone a la desaparición del otro y a la irreversibilidad de la muerte.

Además, las variables sociodemográficas tienen un papel importante en las actitudes ante la muerte (6, 9). En relación a la edad, cuanto más joven mayor es el miedo a la muerte; y según el género, las mujeres presentan niveles más altos de ansiedad ante la muerte que en los hombres, este hecho se relaciona con que las mujeres tienen mayor facilidad de expresar y admitir este tipo de miedo que los hombres (6, 9). En cuanto al origen geográfico, las actitudes ante la muerte están influenciadas por la cultura y la sociedad de la que forman parte (6). Respecto a la relación entre el miedo a la muerte y las creencias religiosas, existen estudios (2, 9) que explican que no hay una relación clara entre estas dos variables; sin embargo Edo Gual *et al.*(6) explican que los estudiantes creyentes presentan menos miedo ante la muerte propia, aunque no disminuye el miedo al propio proceso de morir, además de no ser un factor protector ante el miedo a la muerte del otro. Por otro lado, el estudio de Sevilla Casado (2) muestra en sus resultados que la espiritualidad aumenta la ansiedad ante la muerte en aquellos que esperan la existencia de otra vida después de la muerte, probablemente por los siguientes factores: la incertidumbre ante el más allá y ante la propia creencia de vida después de la muerte, la existencia de un poder superior y del momento de encuentro con Él.

Las emociones que emergen en situaciones de final de vida pueden incidir en la relación enfermera-paciente, en la toma de decisiones y en el trabajo en equipo, por lo que sería necesario que las enfermeras desarrollaran habilidades socioemocionales para un adecuado manejo emocional. Cabe considerar, que la regulación de las emociones es esencial, debido a que pueden facilitar o interponerse en la práctica diaria, ya que, por ejemplo, una falta de concentración

podría provocar errores de medicación (21). En este contexto, se ha de tener en cuenta el constructo de la Inteligencia Emocional (IE) (18). En 1997, Mayer y Salovey (18, 39) definen la IE como *“la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”*. En otras palabras, la IE permite darse cuenta de la emoción, comprenderla, regularla y facilitando la toma de decisiones, tanto en nosotros mismos como en los demás (18). Por ello, el estudio de Aradilla Herrero *et al.* (18) recomienda la formación en el ámbito de las competencias socioemocionales.

En segundo lugar, por lo que respecta al objetivo de *evaluar los niveles de “Fatiga por Compasión” en las enfermeras que cuidan a pacientes en situación final de vida* y al objetivo de *conocer los niveles de Burnout en las enfermeras que cuidan a pacientes en situación final de vida*, como ya se ha expuesto anteriormente, diferentes estudios (26, 27, 29) muestran que, el Burnout y la FC pueden dificultar la práctica asistencial debido a que el profesional no se encuentra en plenas facultades, pudiendo presentar sintomatología física, emocional y psicológica, apareciendo síntomas como cansancio, desánimo, hipertensión, ansiedad, etc. Estos signos y síntomas, pueden afectar a su práctica asistencial, y tener repercusiones en la calidad de los cuidados enfermeros (2, 4, 16, 24, 25, 30). Por este motivo, hay que conocer la incidencia de estos síndromes y conocer su relación con las variables sociodemográficas, además de fomentar las habilidades socioemocionales, necesarias para la práctica diaria enfermera (2, 6, 9, 18). Otro hecho probable que repercute en la aparición del Burnout y de la FC son los continuos cambios en las organizaciones hospitalarias, como por ejemplo, la reducción del personal, el aumento de la carga laboral, la ampliación de horarios o no disponer de los recursos materiales necesarios; ya que genera estrés en los profesionales, afectando así a la práctica asistencial (22, 27).

Habitualmente el Burnout y la FC aparecen en servicios con gran carga e impacto emocional, como por ejemplo, servicios de oncología, cuidados intensivos y cuidados paliativos (12, 30, 31). Najjar *et al.* (27), también explican que la FC

puede aparecer en las enfermeras que realizan cuidados a pacientes con cáncer. Melvin *et al.* (29), en un estudio cualitativo con una muestra de seis enfermeras de cuidados paliativos, explican que hay riesgo de padecer signos y síntomas de FC en estos tipos de servicios. Cabe destacar, que la mayoría de estos estudios se han realizado fuera de España, por lo que se ha de tener en cuenta el factor geográfico y cultural que podría influir también en la aparición de Burnout y FC.

En tercer lugar, si tenemos en cuenta al objetivo de *identificar la relación entre la experiencia profesional y el miedo a la muerte en las enfermeras*, existen estudios (2, 13-15, 28) que muestran que la experiencia profesional en ámbitos donde el contacto con la muerte es continuo, como son las unidades de cuidados paliativos, provoca una atenuación en el impacto emocional de las enfermeras, es decir, a mayor grado de experiencia laboral de contacto con la muerte, menor es el impacto emocional que ésta les produce. De igual forma, existe una menor ansiedad ante la muerte cuando la experiencia laboral es mayor, por lo que la relación que existe entre el miedo a la muerte y la experiencia profesional es inversamente proporcional (9). Aun así, en un estudio de Sevilla Casado *et al.* (2), encuentran que no existe una asociación clara entre estos factores.

En cuanto al objetivo sobre *explorar las vivencias de las enfermeras en el afrontamiento de la muerte de los pacientes*, observamos que en artículos realizados con metodología cualitativa, son las propias enfermeras quienes explican sus vivencias sobre este hecho. En este caso, teniendo en cuenta nuestra propuesta de guión temático para la entrevista, hallamos respuestas a algunas de estas preguntas en diferentes estudios. A la primera pregunta, “¿Qué sentimientos y emociones experimentaste ante la muerte de un paciente? ¿Estas emociones, cambian según la situación, paciente, tipos de muerte? ¿En qué?” en un estudio realizado a estudiantes de enfermería (13) sobre el primer encuentro con un paciente terminal, algunos estudiantes explicaron lo siguiente: “Llegué con mucho temor, pero lo superé”, “Tenía miedo de que estuvieran sufriendo; perdí el miedo al acercarme a ellos y hablar”. Estos verbatim muestran claramente que en el primer contacto, emociones como la angustia, el miedo y el temor están muy presentes, aunque van disminuyendo en intensidad a medida que aumenta el contacto con el paciente y los estudiantes de enfermería llegan a adaptarse a la

situación (3, 13). Edo Gual *et al.* (3) también explican que los estudiantes expresan sentimientos de impotencia y de frustración: “...Pero lo que me parece realmente difícil es la sensación de impotencia, que después muerte... ¿y ahora qué? El cuerpo está aquí, pero no está respirando, no habla... ¿Qué tengo que hacer? ¿Se ha ido la persona? No sabemos por qué... eso es todo, hemos hecho todo lo que pudimos... ¿y así es cómo termina? No sé, es... ¡uf!”. Además, el estudio muestra que los estudiantes de enfermería explican que “la primera muerte nunca se olvida, queda marcada en tu mente” (3).

En una muestra de enfermeras de un estudio realizado por Sevilla Casado *et al.* (14), se identifican también sentimientos de impotencia y ansiedad, cuando los pacientes que fallecen son jóvenes. Ellas mismas lo explican: “Veo que el cáncer se mete por medio a gente muy joven. Creo que lo vives diferente a cuando es una etapa de la vida última, se puede medio entender, e incluso llevar la enfermedad con otra forma... en cambio, ves sufrimiento... El momento de sedaciones en gente joven, es duro... es un poquito más duro”; “A mí, sobre todo, la edad me afecta muchísimo... porque me identifico, me pongo en la piel de esa persona y veo lo que voy a perder, voy a perder a mi hija, a mi marido, voy a perder a mi madre..., voy a perder la vida, es que no sé que voy a tener luego después de eso, ¿no?”(14).

En la cuestión, “Después de la muerte de un paciente: ¿tienes dificultades para seguir trabajando? ¿Qué es lo que más te cuesta? ¿Qué es lo que más te ayuda?”, en diferentes estudios, podemos observar que existen dificultades para mantener la actividad laboral cuando la persona a la que se le realizan los cuidados tiene algún parecido con algún familiar o se le identifica con alguien conocido: “Y si esa persona me identifica a una persona de mi familia: mi abuela, mi padre, mi madre... por edad, por cosas no sé te recuerda expresiones o caras y sí te afecta” (14). Vivar *et al.* (12) explican que en casos de pacientes con recidiva de cáncer, las propias enfermeras presentan dificultades en el cuidado de este tipo de pacientes, ya que estos pacientes tienen menos probabilidades de superar la enfermedad: “El cuidado en la recidiva a mí lo que me supone, pues la verdad que te cuesta más entrar porque es más difícil. Te da más pena porque ya conocen todo el proceso anterior, el tratamiento, entonces una recidiva es más

fuerte, es más fuerte para enfrentarse yo a ellos y ellos a nosotros, que cuesta más. Es más dura, mucha más dura.”. En ocasiones, las enfermeras presentan dificultades en la práctica asistencial debido al miedo que les provoca trabajar con pacientes con un determinado tipo de enfermedad, como es el caso de pacientes oncológicos y paliativos (12). Este tipo de miedo se traduce en una disminución en la comunicación y la relación con el paciente, ya que no saben cómo actuar o como contestar a las preguntas de los pacientes: *“Me parece que no voy a tener palabras de ánimo o unas palabras para poder ofrecerle a ese paciente ante estas situaciones y a veces es que es difícil entrar al paciente, eso lo primero. Hay veces que no tienes tiempo de hacerles la pregunta, porque no sabes que vas a poder estar pendiente, y hay veces que no te ves con fuerzas de preguntar: ¿qué tal está de ánimos? ‘pues me encuentro fatal porque he tenido una recidiva y he leído que esto no se cura y que me voy a morir en 6 meses’, pues ante ese miedo de esa contestación muchas veces no pregunto”* (12).

En la cuestión, *“¿Cómo manejas los sentimientos y emociones que surgen durante estas vivencias relacionados con la muerte de los pacientes durante su jornada laboral? ¿Qué sueles hacer?”*, Edo Gual *et al.* (3) en su muestra de estudiantes de enfermería, y Gálvez González *et al.*(8) hablan de las medidas de afrontamiento más frecuentes como son hablar de lo que ha sucedido, expresar las emociones o haber estado implicado en el cuidado del paciente que ha muerto.

En relación a la pregunta, *“¿Es frecuente que “te lleves a casa” pensamientos o sensaciones relacionados con pacientes o familias en situación de final de vida? ¿A qué piensas que es debido? ¿Qué haces en estas situaciones?”*, algunas enfermeras se llevan a casa estos sucesos, debido al impacto e impresión que les producen: *“Tú empiezas a pensar a pensar, y yo me lo llevaba a casa, se lo explicaba a mi madre: mira tengo a esta chica... Sí que hay casos que me los llevo para casa y lo comento a mi marido o comiendo con mi familia, mira tengo este... Entonces como que mi pena ya está compartida con más pena, y quieras que no entre unos y otros pues... mira gracias a Dios que tenemos salud”* (14). *“Cuando hay pacientes que me impresionan por lo que sea, cuento en casa lo que ha pasado. Repasas y después ya no te acuerdas ni del nombre del enfermo”* (8). Probablemente al explicar el suceso a los demás, compartir esta experiencia,

ayuda a drenar y liberar los sentimientos de ansiedad y sentirse mejor consigo mismas.

En cuanto a la cuestión sobre “¿Has experimentado en alguna ocasión síntomas relacionados con dificultades para dormir, agravamiento de síntomas dolorosos, depresión, malestar general, u otros? ¿Podrías hablarme sobre ello? ¿Con que lo relacionas?”, podría interpretarse que algunas podrían experimentar Burnout y/o FC, aunque no se llegan a especificar estos síndromes, sino que se mencionan síntomas aislados (29). Las enfermeras llegan a relacionar estos síntomas con el impacto emocional que les produjo la muerte, incluso, algunas de ellas después de volver de las vacaciones, volvían a estar fatigadas (29): “En la década de 1990, trabajé en una unidad que trataban a pacientes con SIDA. Era una unidad de 35 camas. Los pacientes eran hombres jóvenes y que no estaban dispuestos a morir. Era como estar en una zona de guerra. Probablemente había una muerte cada 24 horas... Tú no puedes tener el suficiente apoyo emocional en esa situación. Y yo hice múltiples cambios dentro de la instalación, ya que estuve quemado” (29). “Yo solía ir de vacaciones y volver sintiéndome relajado, fresco y entusiasmado y realmente he notado que en los últimos 2 años no me sucede. Acabo de regresar de una semana de vacaciones. Volví sintiendo sólo una parte completa... No estoy recuperado. No estoy haciendo bien... estoy realmente luchando tanto mentalmente como físicamente. En los últimos 2 años, incluso al volver de un fin de semana, todavía me siento cansado” (29). “En particular, los casos en que avanzan con rapidez, como este hombre que se encontraba en una piscina... su último domingo, y el miércoles fue admitido al hospicio. El sábado por la mañana, murió. Yo estaba física y emocionalmente agotado” (29).

En relación a la pregunta “¿Has pensado alguna vez que tu trabajo no tiene demasiado sentido? ¿Qué no te sientes realizado?” encontramos explicaciones opuestas. Por un lado, hay los estudiantes de enfermería que relatan la experiencia como algo positivo: “Vi que el contacto con otro ser humano hace la verdadera enfermería”, además de encontrar sentido en los cuidados paliativos prestados, satisfaciendo las necesidades de los pacientes terminales y sus familiares; también valoran el haber podido prestar un cuidado directo, ya sean actividades simples, como peinar, cambiar la ropa, acompañar en el paseo...: “lo mejor que puedo

hacer es escuchar activamente”(13). Por el otro lado, también explican el riesgo de frustración, ya que el cuidado integral del paciente en esta situación requiere dedicar mucho tiempo: *“Me permitió conocer el ámbito íntegro de la enfermería, aunque el sistema no permite abarcar todas las dimensiones, especialmente, la espiritual”* (13).

En la cuestión, *“¿Qué piensas que te podría ayudar a mejorar tu práctica asistencial en relación a estos temas?”*, en las entrevistas a estudiantes de enfermería, muchos explican que el bienestar del propio profesional es fundamental para poder ofrecer estos cuidados, además de la necesidad de un trabajo espiritual, social, emocional y de autoconocimiento: *“Creo que debo aprender a actuar frente a estas situaciones de sufrimiento, primero reforzar mis aspectos personales en lo emocional o personal”*; *“Fui descubriendo y construyendo mi propia dimensión espiritual”*; *“Vi la importancia de mi manejo emocional y afectivo para ser un apoyo y realizar el cuidado integral”* (13). Explican también la necesidad de formación de habilidades comunicativas y en relación de ayuda: *“Pude poner en práctica habilidades de la relación de ayuda, me motivé a seguir desarrollándolas”* (13). Aunque, a veces es difícil ponerlo en práctica: *“Si que has hecho formación, pero de la teoría a la práctica es mucha más complicada, complicadísima”* (14).

Así pues, para poder afrontar el día a día asistencial, la gestión de las emociones relacionadas con estas situaciones y la utilización de estrategias de afrontamiento son elementos de gran interés. En este sentido, el afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas tanto externas como internas que pueden verse como impuestas o ser superiores a los recursos propios de la persona (25). Según Lazarus y Folkman (25), se identifican dos tipos de afrontamiento: aquel que alivia la angustia emocional, y aquel que gestiona o cambia el problema que causa la angustia (25). En otras palabras, diferencian medidas que se centran en la emoción de otras que se enfocan en el afrontamiento de los problemas (25).

En este contexto, Borrell *et al.* (7), en una muestra de profesionales de enfermería, define la autoeficacia, como el grado de capacidad que la enfermera se atribuye a

sí misma para resolver con éxito situaciones de cuidados a pacientes moribundos y sus familiares. Este estudio (7), expone que a mayor capacidad de afrontamiento de la muerte por parte de los profesionales, mayor será el éxito para proporcionar cuidados de calidad en situaciones de final de vida.

Por último, el objetivo “*conocer las estrategias de afrontamiento que las enfermeras explican como ayuda en su afrontamiento en situaciones de final de vida*”, destacamos distintas variables que influyen en las medidas de afrontamiento (7, 19, 28). Un ejemplo es la experiencia laboral, un estudio (28) realizado con una muestra de 251 enfermeras residentes, explica que las profesionales recién graduadas o con menor experiencia, presentan menos estrategias de afrontamiento que las que tienen más años de experiencia laboral. Sin embargo, otro estudio (7) explican que aunque la experiencia profesional da un mayor control de la situación, no tiene porqué proporcionar una mayor capacidad y efectividad a la hora de tratar con pacientes en cuidados paliativos. También la relación de confianza determina las estrategias de comportamiento (19). Según Peters *et al.* (19), en un estudio sobre las actitudes ante la muerte y el proceso de morir en enfermeras de urgencias y cuidados paliativos, existe un mejor afrontamiento en relación con el paciente que con los familiares, posiblemente porque el trato con estos se da con menor frecuencia, hecho que no favorece el desarrollo estrategias de afrontamiento eficaces.

También, las propias organizaciones hospitalarias, con el fin de mejorar la práctica asistencial de los profesionales de enfermería, proporcionan recursos educativos, formación continuada, promoción de la seguridad y cuidados efectivos y estrategias que favorecen el autocuidado, como son conocer los factores desencadenantes de la FC, ejercicios de meditación, reflexión, técnicas para establecer límites y resolver conflictos, asesoramiento y formación en habilidades comunicativas, como estrategias de afrontamiento y ayuda para las enfermeras (22, 26, 40-43).

Payne (25), explica que unas estrategias de afrontamiento adecuadas previenen el agotamiento emocional, mientras que la evitación del afrontamiento aumenta el desgaste generando actitudes desadaptativas. Entre las estrategias de

afrontamiento destacan la desconexión emocional o disociación emocional, que consiste en actuar de forma irreflexiva para evitar la implicación emocional en la práctica profesional, y evitar efectos sobre su bienestar emocional (4, 16). Otra estrategia es el distanciamiento emocional, que consiste en evitar la creación de relaciones afectivas con los pacientes para evitar que la muerte de éste les afecte (1). Al evitar la implicación emocional con los pacientes, disminuye y se evita el riesgo de FC, ya que no se crea ningún vínculo emocional con el paciente (2).

Otra estrategia de afrontamiento que explican las enfermeras es la aceptación de la muerte como parte de la vida, y aceptar la presencia de la muerte en el ámbito laboral; la persona acepta que la muerte forma parte del proceso vital y que tarde o temprano llegará a ocurrir, tanto a las personas que le rodean como a uno mismo (3, 4). El apoyo social es otra de las medidas a las que el profesional de enfermería acude, recurriendo a otras personas para que les ayude, ya sea informando y comprendiendo o permitiéndole compartir su experiencia (3, 4, 8). Además, el apoyo social ha sido mostrado como una medida preventiva para el Burnout (17). Otra estrategia de afrontamiento es el distanciamiento que consiste en el intento de apartarse del dolor y el sufrimiento vividos por la muerte de los pacientes, evitando pensar en ello (3, 4, 8, 43). En otras palabras, el profesional se concentra en otros aspectos que no tengan relación con la experiencia de la muerte vivida.

La resolución de problemas de forma planificada también es una medida muy utilizada por las enfermeras, además de ser un factor de prevención del Burnout, tal y como explica el estudio realizado por Payne (25). Esto puede ser debido, a que centrarse en un solo problema y resolviéndolo por partes, se reduce en cierta forma el estrés que generaría tener más de un problema o en problema completo: se debe analizar el problema, comprenderlo, realizar un plan para resolverlo, aplicar el plan a la práctica, y comprobar si se ha resuelto el problema.

Finalmente, hay que destacar la importancia del bienestar psicológico del profesional de enfermería, ya que una alteración en este ámbito, repercute en la totalidad de la persona; por lo que a mayor bienestar de la persona, menor será el impacto emocional negativo sobre éste en situaciones adversas (17, 43). Por lo

tanto, tal y como se ha comentado anteriormente, el desarrollo de la Inteligencia Emocional es fundamental para poder aplicar las medidas de afrontamiento. La utilización de competencias socioemocionales, no solo previene o minimiza los signos y síntomas del síndrome de estar quemado o la *“Fatiga por Compasión”*, sino que permite regular las emociones y mejorar el bienestar psicológico. Aun así, sí hay evidencias que las medidas de afrontamiento se configuran conforme aumenta la edad y experiencia (3, 15, 28). Por lo tanto, la formación en el desarrollo de competencias socioemocionales y en medidas de afrontamiento, ayudará a los profesionales a disminuir el riesgo de Burnout y FC. Pines (25) explica que *“el mejor afrontamiento es una persona que utiliza la mejor estrategia de afrontamiento en cada situación determinada”*, es decir, utilizar una medida de afrontamiento determinada en cada ocasión. Bush afirma que el autocuidado es algo eficaz y positivo ya que tiene la capacidad de limitar la aparición de síntomas indicativos de FC (26).

En definitiva, el impacto emocional que produce la muerte de los pacientes en enfermería es un tema de gran interés y que requiere de más estudios de más profundidad para detectar también las necesidades formativas de este ámbito. Aunque en algunas universidades se impartan asignaturas que trabajan estos aspectos, es necesario ampliar esta formación a los profesionales de enfermería en activo que están cotidianamente en contacto con situaciones de muerte que les producen un alto impacto emocional.

5. Agradecimientos

Me gustaría agradecer a mi tutora de este trabajo de investigación, Montserrat Edo Gual, ya que sin su ayuda, ni su tiempo ni su dedicación, no habría sido posible realizar este trabajo.

A Rosa Comabella Pobes, adjunta de enfermería del ICO de Badalona, por haberme facilitado información para realizar este trabajo.

A mi hermana Eva, y a Fátima, Nuria e Irian, por haberme dedicado su tiempo y en apoyarme en los momentos difíciles.

A mis padres, en especial, a mi madre, ya que gracias a sus esfuerzos he podido realizar esta carrera.

6. Bibliografía

1. Pascual Fernandez M.C. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm Intensiva*. 2011; 22(3): 96-103.
2. Sevilla Casado M, Ferre Grau C, Tahta Haddouch M. Enfermería y la ansiedad ante la muerte: ámbito asistencial y experiencia en acompañamiento. *Rev Enferm*. 2012; 35(10): 52-7.
3. Edo Gual M, Tomás Sábado J, Bardall Porras D, Monforte Royo C. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *J Clin Nurs*. 2014; 23(23-24): 3501-12.
4. Padron Acosta L. Diferentes maneras de afrontar la muerte: estudiantes y profesionales de enfermería. *Rev Enferm*. 2014; 37(1): 26-9.
5. Poch i Avellán C, Herrero Esquerdo O. La muerte y el duelo en el contexto educativo: reflexiones, testimonios y actividades. Barcelona: Paidós Ibérica; 2003.
6. Edo Gual M, Tomás Sábado J, Aradilla Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2011; 21(3): 129-35.
7. Salvador Borrell M. Acompañar en la muerte: competencias de afrontamiento y autoeficacia. *Rev Enferm*. 2010; 33(11): 742-54.
8. Galvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2011; 22(1):13-21.
9. Tomás Sábado J, Gómez Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic*. 2003; 56(3): 257-79.
10. Costello J. Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *J Adv Nurs*. 2006; 54(5): 594-601.
11. Gallagher O, Saunders R, Tambree K, Allix S, Monterosso L, Naglazas Y. Nursing student experiences of death and dying during a palliative care clinical

placement: Teaching and learning implications; Australia: Universidad de Western Australia; 2014.

12. Vivar C.G, Orecilla Velilla E, Gomara Arraiza L. "Es más difícil": experiencias de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva de cáncer. *Enferm Clin.* 2009; 19(6): 314-21.

13. Muñoz Pino I.P. Experiencia de estudiantes de enfermería ante su primer encuentro de cuidado con enfermos terminales. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(1):87-96.

14. Sevilla Casado M, Ferré Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos.* 2013; 24(3): 109-14.

15. Mak Y.W, Chiang V.C, Chui W.T. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *Int J Palliat Nurs.* 2013; 19(9): 423-31.

16. Shorter M, Stayt L.C. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2010; 66(1): 159-67.

17. Zambrano S.C, Chur Hansen A, Crawford G.B. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliat Support Care.* 2014; 12(4): 309-16.

18. Aradilla Herrero A, Tomás Sábado J, Gómez Benito J. Perceived emotional intelligence in nursing: psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *J Clin Nurs.* 2014; 23(7-8): 955-66.

19. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey. *Australas Emerg Nurs J.* 2013; 16(4): 152-9.

20. Ruymán Brito Brito P, Reverón Brito D. Enfermería ante la muerte. *Metas Enferm.* 2006; 9(2): 29-32.

21. Maiden J, Georges J.M, Connelly C.D. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs.* 2011; 30(6): 339-45.
22. Groves W. Professional practice skills for nurses. *Nursing standard;* 2014; 29(1): 51-9.
23. Nomen Martín L. *El duelo y la muerte: tratamiento de la pérdida.* Madrid: Pirámide; 2007.
24. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelos y protocolos.* Barcelona: Editorial Ariel SA; 2003.
25. Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs.* 2001; 33(3): 396-405.
26. Hegney D.G, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran Moisson R, Aoun S, Francis K, *et al.* Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag.* 2014; 22(4): 506-18.
27. Najjar N, Davis L.W, Beck Coon K, Doebbeling C.C. Compassion Fatigue A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *J Health Psychol.* 2009; 14(2): 267-77.
28. Li A, Early S.F, Mahrer N.E, Klaristenfeld J.L, Gold J.I. Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *J Prof Nurs.* 2014; 30(1): 89-99.
29. Melvin C.S. Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *Int J Palliat Nurs.* 2012; 18(12): 606-11.
30. Hooper C, Craig J, Janvrin D.R, Wetsel M.A, Reimels E. Compassion satisfaction, Burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.* 2010; 36(5): 420-7.

31. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(5): 56-62.
32. Yoder E.A. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*. 2010; 23(4): 191-7.
33. Maytum J.C, Heiman M.B, Garwick A.W. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *J Pediatr Health Care*. 2004; 18(4): 171-9.
34. Espinoza Venegas M, Sanhueza Alvarado O, Barriga O. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 1171-80.
35. Tomás Sábado J, Limonero J.T, Abdel-Khalek A.M. Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud*. 2007; 31(3): 249-60.
36. The ProQol Measure In English and Non-English Translations [Internet]. USA: ProQOL.org; 2012 [citado el 29 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.proqol.org/ProQol_Test.html.
37. Gil Monte P, Peiró J.M. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. España: Psicothema; 1999.
38. Seisdedos N. Inventario “burnout” de Maslach: síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA ediciones; 1997.
39. Romero M.A. La Inteligencia Emocional: abordaje teórico. *Anuario de psicología clínica y de la salud*. 2008; 4: 73-6.
40. Houck D. Helping Nurses Cope With Grief and Compassion Fatigue: An Educational Intervention. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18(4): 454-8.
41. King Okoye M, Arber A. 'It stays with me': the experiences of second- and third-year student nurses when caring for patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014; 23(4): 441-9.
42. Reid F. Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home. *Nurs Child Young People*. 2013; 25(9): 31-6.

43. Drury V, Craigie M, Francis K, Aoun S, Hegney DG. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: phase 2 results. *J Nurs Manag.* 2014; 22(4): 519-31.

7.2 Anexo 2: Collett-Lester Fear of Death Scale. Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?	Mucho	Moderado			Nada
1. La total soledad de la muerte.	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir.	5	4	3	2	1
4. Morir joven.	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a.	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más.	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir.	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en....?	Mucho	Moderado			Nada
1. La degeneración física que supone el proceso propio de morir.	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir.	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento.	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir.	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir.	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir.	5	4	3	2	1

7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares.	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en...?	Mucho	Moderado			Nada
1. La pérdida de una persona querida.	5	4	3	2	1
2. Tener que ver un cadáver.	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella.	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva.	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida.	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte.	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella.	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en...?	Mucho	Moderado			Nada
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo.	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo.	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor.	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo.	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida.	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales.	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia.	5	4	3	2	1

7.3 Anexo 3: Professional Quality of Life. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV. Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, cuarta versión.

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

0=Nunca

1=Raramente

2=Algunas veces

3=Con alguna frecuencia

4=Casi siempre

5=Siempre

_____ 1. Soy feliz.

_____ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.

_____ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.

_____ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.

_____ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.

_____ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.

_____ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.

_____ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.

- _____ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- _____ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
- _____ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- _____ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- _____ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- _____ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- _____ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- _____ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
- _____ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- _____ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
- _____ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- _____ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- _____ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- _____ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- _____ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
- _____ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- _____ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.

_____ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.

_____ 27. Considero que soy un buen profesional.

_____ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.

_____ 29. Soy una persona demasiado sensible.

_____ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

7.4 Anexo 4: Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso, accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca= 1

Algunas veces al año= 2

Algunas veces al mes= 3

Algunas veces a la semana= 4

Diariamente= 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	1	2	3	4	5
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	1	2	3	4	5
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	1	2	3	4	5
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	1	2	3	4	5

8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	1	2	3	4	5
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	1	2	3	4	5
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.	1	2	3	4	5
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	1	2	3	4	5
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.	1	2	3	4	5
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	1	2	3	4	5
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	1	2	3	4	5
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	1	2	3	4	5
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	1	2	3	4	5
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	1	2	3	4	5
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	1	2	3	4	5
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5

AE: Agotamiento Emocional; **D:** Despersonalización; **RP:** Realización Personal.

7.5 Anexo 5: Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del estudio: El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la “Fatiga por Compasión”.

Hemos solicitado su participación en un estudio de investigación. Antes de decidir si acepta participar, es importante que comprenda los motivos por los cuales se lleva a cabo esta investigación: como se utilizará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que pueda comportar.

Propósito del estudio:

Conocer la percepción de diferentes enfermeros sobre el impacto emocional que les puede producir la muerte de los pacientes en su práctica asistencial y su relación con el Burnout y la “*Fatiga por Compasión*”. Para poder llevar a cabo este trabajo se estudiarán las respuestas a las entrevistas de diversos enfermeros. La investigadora del estudio es estudiante de Enfermería de cuarto curso en la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona.

Metodología empleada:

Realización de entrevistas semiestructuradas. La entrevista semiestructurada o basada en guión, es una técnica de recogida de datos en la que los temas y parte de las preguntas están planificados antes de comenzar con las entrevistas, pero con posibilidad de cambiar o añadir nuevas cuestiones a medida que avanza esta. Su participación en el estudio consiste en colaborar en esta entrevista, permitiendo que el entrevistador pueda hacerle preguntas y usted pueda expresar su experiencia, sus significados e interpretaciones tal como usted los experimenta. Esta información será grabada mediante una grabadora de audio. Posteriormente se transcribirá esta información para poder ser analizada. Todos los datos serán

guardados mediante archivos electrónicos que serán completamente destruidos al finalizar la investigación.

Riesgos y beneficios:

La participación en la entrevista no supone ningún peligro o riesgo para la salud física ni psíquica del participante ya que no supone ninguna intervención física.

La participación en la entrevista puede ser incluso beneficiosa para usted al aportar experiencias personales y profesionales respecto al impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera.

Compromiso de confidencialidad:

Todos los datos recogidos en el estudio serán considerados como confidenciales. Se respetará en todo momento el anonimato de los participantes del estudio, por lo que se asignará un código numérico. La investigadora tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos con usted. Las copias de los documentos y grabaciones del estudio serán conservados en la Escuela Universitaria Gimbernat, teniendo acceso a esta información a la investigadora de este estudio. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Los datos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

Voluntariedad:

La participación en el estudio es libre y voluntaria, por lo que si usted lo prefiere, puede retirarse del estudio en cualquier momento, incluso sin verse obligado a dar ninguna explicación. Su retirada del estudio no supondrá ninguna consecuencia ni para su salud ni para su persona.

Contactos adicionales:

Puede ponerse en contacto con la investigadora para aclarar dudas sobre su participación en el estudio.

Por favor, si no lo ha hecho todavía, haga las preguntas que le parezcan oportunas e intentaremos responderle lo mejor que podamos.

Datos de contacto

Investigadora: Carla Simón Rincón

Av. De la Generalitat, 202-206; 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona.

E-mail: csimon@campus.eug.es

7.6 Anexo 6: Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto: El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la “Fatiga por Compasión”.

Investigadora: Carla Simón Rincón

Av. De la Generalitat, 202-206; 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Escola Universitària d’Infermeria Gimbernat. Adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona.

E-mail: csimon@campus.eug.es

El/la investigador/a Carla Simón Rincón con DNI 46871780B informa al participante Sr/Sra. _____ con DNI _____, sobre la participación en el proyecto titulado: “El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la “Fatiga por Compasión””.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo. A su vez, declara estar en perfecto estado de sus facultades mentales y no presentar ninguna enfermedad mental.

Su firma a continuación confirma que ha leído el documento de información adicional o que alguien se lo ha leído. Se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de concretar su participación en el proyecto.

Firme solo este documento en el caso de haber leído la información adicional, haber aclarado sus dudas y si su participación es libre y voluntaria.

Nombre y apellidos del informante:

Fecha:

Firma:

Nombre y apellidos del participante:

Fecha:

Firma: